



**UFRGS – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE –
MESTRADO PROFISSIONAL**

DENISE MARGARETH BORGES ANCINI

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE
INTEGRADAS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

PORTO ALEGRE

2017

Denise Margareth Borges Ancini

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
NO INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE
INTEGRADAS AO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional.

Orientador: Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi
Coorientador: Prof. Dr. Clécio Homrich da Silva

Porto Alegre - RS
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Ancini, Denise Margareth Borges
Implantação de Ações de Educação e Saúde no
Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus
Alegrete integradas ao Programa Saúde na Escola /
Denise Margareth Borges Ancini. -- 2017.
127 f.

Orientador: Waldomiro Carlos Manfroi.
Coorientador: Clécio Homrich da Silva.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-
RS, 2017.

1. Saúde Escolar de Adolescentes. 2. Programa
Saúde na Escola. 3. Prevenção e Promoção de Saúde na
Escola. 4. Temas Transversais de Saúde. 5. Setores
de Saúde no Instituto Federal Farroupilha. I. Manfroi,
Waldomiro Carlos, orientador. II. Silva, Clécio Homrich
da, coorientador. III. Título

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Denise Margareth Borges Ancini, com ingresso em 24/04/2015
Título: **Implantação de Ações de Educação em Saúde no Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus Alegrete baseadas no Programa Saúde na Escola**
Orientador: Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi
Coorientador: Prof. Dr. Clecio Homrich da Silva

Data: 02/06/2017
Horário: 16:30
Local: Sala 41 / FAMED

Banca Examinadora	Origem
Paulo Peixoto de Albuquerque	UFRGS
Roger Dos Santos Rosa	UFRGS
Elisabete Kasper	UFPEL

Porto Alegre, 02 de junho de 2017.

Membros	Assinatura	Indicação de Conceito	Voto de Louvor
Paulo Peixoto de Albuquerque		APROVADA	_____
Roger Dos Santos Rosa		APROVADA	_____
Elisabete Kasper		APROVADA	_____

Conceito Geral da Banca: () Correções solicitadas: () Sim () Não
Indicação de Voto de Louvor: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às inúmeras pessoas que desde sempre colaboraram para que ele acontecesse, e que também contribuíram para me tornar o que sou: nem muito, nem pouco, somente gente em constante aprendizado.

“Não quero brigar com o mundo,
mas se um dia isso acontecer,
quero ter forças suficientes
para mostrar a ele que o amor existe...
Que ele é superior ao ódio e ao rancor,
e que não existe vitória sem humildade e paz.
Quero poder acreditar que
mesmo se hoje eu fracassar,
amanhã será outro dia,
e se eu não desistir dos meus sonhos e
propósitos,
talvez obterei êxito e serei plenamente feliz.
Que eu nunca deixe minha esperança ser abalada
por palavras pessimistas...
Que a esperança nunca me pareça um NÃO
que a gente teima em maquiá-lo de verde
e entendê-lo como SIM.
Quero poder ter a liberdade de dizer
o que sinto a uma pessoa,
de poder dizer a alguém o quanto ele é especial
e importante pra mim,
sem ter de me preocupar com terceiros...
Sem correr o risco de ferir uma ou mais pessoas
com esse sentimento.
Quero, um dia, poder dizer às pessoas
que nada foi em vão...
Que o amor existe, que vale a pena se doar
às amizades a às pessoas,
que a vida é bela sim, e que eu
sempre dei o melhor de mim... e que valeu a
pena.”
(Mário Quintana)

AGRADECIMENTOS

Quatro semestres passaram tão rápido... Parece realmente que foi ontem o primeiro dia na sala de aula da Faculdade de Medicina... Lembranças tão singelas, e com tanto significado! E o privilégio imenso em conhecer colegas tão especiais: profissionais de tanto valor, seres humanos generosos, parceiros. Obrigada por terem se tornado parte da minha história. Levo um pouquinho de cada um.

Professor Manfroi, que me deu a honra de “escolher” ser meu orientador, e permitiu nessa convivência que eu conhecesse o ser humano e profissional impecável que é, e professor Clécio, escolhido a dedo para auxiliar na tarefa, sendo tão criterioso e acessível quanto pensamos que seria, valorizando ainda mais este trabalho. E mais alguns mestres que muito colaboraram para melhorar minha trajetória, mostrando novos caminhos a trilhar, melhorando os que estão sendo trilhados. Serão inesquecíveis.

E o que dizer da minha amiga-irmã Carla e sua família, que me recebeu em sua casa a cada quinze dias, como se eu realmente da família fosse... E incomodava bastante porque eu nunca tinha tempo (risadas): “Carlota, tenho aula... Carlota, tenho trabalho... Carlota, comprei passagem para hoje à noite...” Obrigada, amiga, pelos vinte e alguns anos de amizade sólida!

Meus colegas do setor de saúde, lá no Alegrete... Amigos desde que iniciamos a conviver. Quanta paciência com minhas ansiedades, minhas ausências, meu mau humor por vezes não dar conta de tudo que tinha a ser feito. Se estou concluindo esta etapa, é também porque vocês me permitiram isso, fortalecendo-nos como grupo. E agradeço também fazer parte de uma instituição em que a direção entende a possibilidade de capacitação do servidor como um direito, mas também como um crescimento pessoal, profissional e institucional. Nunca faltou apoio.

E as horas de dedicação que foram necessárias (menos do que se gostaria, mas...) que tiveram de ser retiradas da convivência com o namorado, com os amigos, com a família. E o Robson sempre entendeu as ausências como necessidade temporária, talvez por ser também da área da saúde e saber o quanto precisamos doar nosso tempo e dedicação muitas e muitas e muitas vezes... Assim como os amigos e amigas que tiveram muito pouco de mim nesse período... Obrigada por existirem e por deixarem meu lugarzinho guardado. ‘

Por fim, seu Nei e dona Tereza, pai e mãe que sempre acreditam que sou capaz, que eu mereço, mas que eu trabalho demais! (Risadas) “E estudando de novo, então! Filha, olha essa cara de cansada! Pára um pouco...” Obrigada por sempre estarem presentes! Espero que permaneçam ainda mais umas dezenas de anos junto de mim, me fazendo acreditar que “tudo vale a pena, se a alma não é pequena”.

A compreensão de que a natureza humana não é dada ao homem, mas é por ele produzida, leva ao entendimento do trabalho educativo como o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens.(SAVIANI, 2008, p. 7)

RESUMO

Objetivo: Implantar ações de educação em saúde no Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete (IFFAR/CA), integradas ao Programa Saúde na Escola (PSE), padronizando atividades, qualificando a assistência ao estudante e estimulando a prática dos temas transversais em saúde. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada no IFFAR/CA com a participação de 80 estudantes do primeiro ano do curso médio integrado Técnico em Agropecuária e 31 docentes, em duas etapas, com abordagens quantitativa e quanti/qualitativa. A coleta de dados na primeira etapa (Componente I) foi através de análise documental do Prontuário Clínico Multiprofissional do seu setor de saúde, num estudo analítico descritivo transversal com abordagem quantitativa, e na segunda etapa (Componente II) a coleta de dados foi por intermédio de questionário *on line* semiestruturado autoaplicado nos docentes, num estudo exploratório descritivo com enfoque quanti-qualitativo. A interpretação dos dados do componente I foi através do software Excel® do Microsoft Office®, utilizando valores absolutos e relativos e medidas de frequência central, média e desvio padrão, para as variáveis pressão arterial, Índice de Massa Corporal (IMC), avaliação odontológica e avaliação psicológica. No componente II, os dados quantitativos foram processados por escalas de Likert, avaliados pela distribuição de frequências em cada resposta, enquanto os qualitativos foram interpretados pela análise temática de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os resultados no Componente I mostraram idade média dos estudantes de 15,3 anos, 56,25% (n=45) do gênero masculino, 53,75% (n=43) moradores no alojamento do campus e 36,25% (n= 29) oriundos da cidade de Alegrete/RS. Quanto ao IMC, foi encontrada prevalência de 18,75% de sobrepeso e 6,25% de obesidade, maior no gênero feminino (20% e 11,4%) comparado ao masculino (17,8% e 2,2%). Foi diagnosticada uma estudante hipertensa (1,25%), e teve-se 7,5% de pré-hipertensos (somados os gêneros). Dos 68 estudantes que realizaram avaliação odontológica, 13% não necessitaram intervenção, 50% realizaram limpeza e 36,8%, restauração. 16,2% (n=11) dos estudantes foram encaminhados para avaliação odontológica externa, a maioria do gênero feminino (tratamento ortodôntico). Dos 43,75% (n=35) dos estudantes avaliados pelo setor de psicologia, 20% (n=16) era por queixas de pais ou professores de falta de interesse ou problemas de rendimento em sala de aula e 17,5% (n=14) procuraram espontaneamente. No componente II, 28,2% (n=31) dos docentes respondeu ao questionário; destes, 54,8% (n=17) do gênero feminino e 54,8% (n=17) na faixa etária entre 30 a 39 anos. 54,8% formados há pelo menos 07 anos, 54,9% tem mestrado e 25,8%, doutorado. Os dados qualitativos mostraram que estes têm interesse em trabalhar temas de saúde com auxílio dos profissionais da área na instituição, de forma inovadora e continuada, interdisciplinar e multi/interprofissional, e os temas sugeridos por eles espelham os propostos pelo Programa Saúde na Escola. **Considerações Finais:** Verificou-se que as ações do PSE poderiam ser padrão institucional de atividades do setor de saúde, configurando-se como oportunidade de atender o princípio da integralidade, articulando o trabalho de profissionais de saúde e educação, desenvolvendo ações mais focadas na promoção da saúde e permitindo ampliar o cuidado ao adolescente, potencializando as singularidades e o desempenho escolar.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde na escola. Saúde escolar. Programa Saúde na Escola.

ABSTRACT

Objective: To implement education in health actions in the Federal Institute Farroupilha Alegrete campus (IFFAR / CA), integrated to the Health in School Program (PSE), standardizing activities, qualifying student assistance and stimulating the practice of themes Cross-sectional studies on health. **Methodology:** The research was carried out at IFFAR / CA and counted with 80 students of the first year of the integrated technical course in Agriculture and 31 teachers, into two stages, with quantitative and quantitative / qualitative approaches. Data collection in the first stage (Component I) was performed through documentary analysis of the Multiprofessional Clinical Record of the institution's health sector, in a descriptive cross-sectional analytical study with a quantitative approach, and in the second stage (Component II) data collection was carried out through a semi structured online self-administered questionnaire in the teachers, in a descriptive exploratory study with quantitative-qualitative approaches. The interpretation of the data of Component I was performed using Excel® software of Microsoft Office®, using absolute and relative values and measures of central frequency, mean and standard deviation, for the variables blood pressure, Body Mass Index (BMI) , dental evaluation and psychological evaluation. In Component II, quantitative data were processed using Likert scales, evaluated by the frequency distribution in each of the responses, while the qualitative data were interpreted by the thematic content analysis of Bardin. **Results:** Component I showed that the mean age of the students is 15.3 years, 56.25% (n = 45) are males, 53.75% (n = 43) of them are Campus and 36.25% (n = 29) come from the city of Alegrete / RS. In BMI, a prevalence of 18.75% of overweight and 6.25% of obesity was found, higher in females (20% and 11.4%) than males (17.8% and 2.2%). One hypertensive student (1.25%) was diagnosed, and students of both genders had 7.5% of pre-hypertensive individuals. Of the 68 students who underwent dental evaluation, 13% did not require intervention, 50% performed cleaning and 36.8%, restoration. 16.2% (n = 11) of the students were referred for external dental evaluation, most of them female (orthodontic treatment). 43.75% (n = 35) of the students were evaluated by the psychology sector, 20% (n = 16) for complaints of parents or teachers lacking interest or problems in classroom performance and 17.5% = 14) spontaneously sought. In Component II, 28.2% (n = 31) of the teachers answered the questionnaire; of these, 54.8% (n = 17) are female and 54.8% (n = 17) are in the age group between 30 and 39 years. 54.8% have been formed for at least 7 years, 54.9% have a master's degree and 25.8% have a PhD. Qualitative data showed that teachers have an interest in working on health topics, with the help of professionals in the area in the institution, in an innovative and continuous, interdisciplinary and multiprofessional way, and the themes suggested by them reflect those proposed by the Health in School Program. **Final Considerations:** It was verified that the actions of the PSE could be the institutional standard of activities of the health sector, being configured as an opportunity to meet the principle of integrality, articulating the work of health professionals and education, developing more focused actions in health promotion and allowing the expansion of adolescent care, enhancing singularities and school performance.

Keywords: Health education. Health at school. School Health. Health at School Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica - em Unidades.

Figura 2 - Distribuição dos Institutos Federais no Rio Grande do Sul – IFFAR

Figura 3 - Distribuição dos Institutos Federais no Rio Grande do Sul – IFSUL

Figura 4 - Distribuição dos Institutos Federais no Rio Grande do Sul – IFRS

Figura 5 - Limites territoriais da cidade de Alegrete/RS.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *on line* por CURSO DE GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Gráfico 2 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *on line* por LOCAL DE GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Gráfico 3 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *on line* por PERÍODO em que encerraram a graduação - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Gráfico 4 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *on line* por possuírem ou não PÓS-GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Censo Escolar 2013 – Número de matrículas por período escolar no ensino regular (educação infantil e ensinos fundamental e médio) em Alegrete/RS.

Quadro 2 – Cursos oferecidos pelo IFFAR Campus Alegrete, conforme nível de ensino.

Quadro 3 – Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1– Turmas e gênero de estudantes dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 2 - Estudantes internos ou não, por cidade de origem, dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 3 – Descrição dos resultados referentes às variáveis PESO, ALTURA, IMC e PA por GÊNERO dos estudantes dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 4 - Distribuição das categorias de PA por gênero e por turmas de estudantes dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 5 - Identificação da condição nutricional, gênero, idade e por cidade de origem dos estudantes pré-hipertensos e hipertensos dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 6 - Estudantes que realizaram ou não avaliação odontológica, por gênero e conforme regime de internato ou não, das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 7 - Tipo de tratamento realizado nos estudantes avaliados, por gênero, das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 8 – Tipo de tratamento realizado no encaminhamento externo dos estudantes das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal

Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

- Tabela 9 – Estudantes que realizaram (sim) ou não a avaliação psicológica, com sintoma ou queixa especificada, por gênero, das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 10 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* por IDADE e GÊNERO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 11 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* conforme CURSOS/TURMAS em que lecionam - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 12 – Respostas dos docentes ao questionário *online* com relação a TRABALHO EM SALA DE AULA COM TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).
- Tabela 13 – Respostas dos docentes ao questionário online com relação à PARCERIA COM O SETOR DE SAÚDE do campus para desenvolver os TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE – Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
3 JUSTIFICATIVA.....	34
4 OBJETIVOS.....	35
4.1 GERAL	35
4.2 ESPECÍFICOS	35
5 METODOLOGIA.....	36
5.1 LOCAL.....	36
5.1.1 Alegrete	36
5.1.2 IFFAR Campus Alegrete.....	38
5.2. PÚBLICO	39
5.3. PERÍODO	40
5.4. LOGÍSTICA, COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	41
5.4.1. Descrição das Fontes de Dados.....	41
<i>5.4.1.1 Componente I: Avaliação Clínica e Psicossocial.....</i>	<i>42</i>
<i>5.4.1.2 Componente II: Promoção e Prevenção à Saúde.....</i>	<i>45</i>
5.5. EQUIPE	47
5.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	47
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	49
6.2 IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	50
6.2.1 Parâmetros Antropométricos	50
6.2.2 Pressão Arterial	53
6.2.3 Avaliação Odontológica.....	59
6.2.4 Avaliação Psicológica	62
6.3 COMPONENTE II – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE.....	67
6.3.1 Caracterização sociodemográfica.....	67
6.3.2 Interpretação do questionário semiestruturado	72
Currículo Integrado.....	72
Temas Transversais de Saúde.....	74
7 CONCLUSÕES.....	85
8 PLANEJAMENTO E PERSPECTIVAS FUTURAS	87
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

10 PRODUTO FINAL.....	91
PROCOLO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (SETOR DE SAÚDE - IFFAR/CA)	
Planejamento didático de atividades com Temas de Saúde em grupos/sala aula	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICE A - Prontuário Clínico Multiprofissional	
APÊNDICE B - Questionário Digital Semiestruturado Autoaplicado (para Docentes)	
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE Digital	
ANEXO B - Carta de Concordância Institucional de Realização do Projeto	
ANEXO C - Termo de Anuência para Utilização de Dados de Prontuário	
ANEXO D - Termo de Compromisso para Utilização de Dados de Prontuário	
ANEXO E - Parecer Consubstanciado COMPESQ/UFRGS	
ANEXO F - Parecer Consubstanciado CEP/UFRGS	

1 INTRODUÇÃO

Através dos programas de Educação para a Saúde deve-se preparar o aluno para cuidar de si no que diz respeito a normas de higiene pessoal e ambiental, regras de segurança doméstica, de lazer, entre outras. Deve-se ainda preparar o aluno para que, ao deixar a escola, seja capaz de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes e, sobretudo, adotar um estilo de vida que comporte o objetivo do que hoje em dia chamamos de saúde positiva e que não é senão, o desenvolvimento de todas as suas possibilidades físicas, mentais e sociais. A *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) e a Oficina Internacional de Educação e da Saúde recomendam que **“a saúde se deve aprender na escola da mesma forma que todas as outras ciências sociais”**. (JOSÉ GOMES PRECIOSO, 2009)

Para o profissional da área, promoção e prevenção de saúde em crianças e adolescentes deve ser fonte de preocupação permanente. Assim, para a coordenação de assistência estudantil do Instituto Federal Farroupilha (IFFAR), onde os setores de saúde de cada um de seus campi estão inseridos, torna-se de fundamental importância se estabelecer diretrizes e parâmetros para o desenvolvimento de uma política institucionalizada nessa área.

A assistência estudantil integra uma política da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica do Ministério da Educação e Cultura (MEC), que engloba uma série de ações, que vão desde o atendimento a necessidades básicas dos estudantes, como bolsas, auxílio-transporte, alojamento, alimentação, até acompanhamento pedagógico. Os benefícios, que variam de acordo com a instituição e perfil da comunidade atendida, combatem a evasão e melhoram as condições de ensino e desempenho em sala de aula. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2010)

Sendo a educação pública um dos pilares dessas instituições, que deve ser gratuita e de qualidade, e ofertada indistintamente a jovens e adultos nas regiões onde se inserem, o cuidado com a saúde de seus estudantes torna-se uma necessidade, como complementação de sua educação e também como forma de manutenção de saúde, seja através do conhecimento construído e adquirido ou das várias formas de assistência que podem ser oferecidas a eles.

Como os institutos federais de educação têm uma trajetória ainda extremamente curta nos moldes que se apresentam na atualidade, muitas ações e projetos de saúde se dão individualmente em cada campus, conforme planejamento e vontade de sua equipe de saúde, sem padronização ou uma base teórica fundamentada. Isso fez que, em cada encontro dos setores de saúde da instituição, à medida que suas realidades eram conhecidas, se percebesse que muitas das

ações e atividades desenvolvidas eram afins em vários locais, e muitas dificuldades relatadas já haviam sido solucionadas em outros. A partir disso, os profissionais concluíram que o ideal seria uma padronização de condutas mínimas nos setores de saúde de todos os campi da instituição, que subsidiasse ações essenciais para a prevenção e promoção de saúde dos alunos. Além disso, seria adequado que cada local mantivesse a independência para associar a isso outras tantas atividades que contemplassem suas realidades locais, características regionais e necessidades específicas, dada a diversidade da localização e de público de cada campus do Instituto Farroupilha no estado.

Com essa idéia como base, procurou-se uma fundamentação teórica de programa ou projeto que compreendesse as atividades que já estavam sendo desenvolvidas pelos profissionais de saúde nos campi, numa perspectiva de aproveitamento de um processo já em funcionamento. Neste momento, o conhecimento do Programa Saúde na Escola (PSE) foi totalmente ao encontro do que se pretendia: uma base teórica tecnicamente construída, que atende a faixa etária da grande maioria dos alunos da instituição, que pode ser disseminada aos outros campi e transformar-se em fundamento para programas de prevenção, promoção e assistência à saúde dos alunos, dando total independência a cada profissional para associar a partir dela e a ela, outros tantos projetos e idéias. E, aliado a isso, construir o ensino de saúde juntamente com os docentes da instituição, dentro das salas de aula, colocando em prática verdadeiramente o currículo integrado, interdisciplinar e interprofissional.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Dos Primórdios das Políticas de Saúde na Escola até o Programa Saúde na Escola.¹

Os primórdios da política de atenção à saúde escolar remontam do final do século XVIII e início do século XIX, com a elaboração do Sistema Frank pelo médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821), um guia de nove volumes que legou a ele o título de pai da saúde escolar. Embora tratasse de outros temas, como saúde pública, o Sistema Frank detalhava aspectos da vida escolar “particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula” (ROSEN, 1979).

Franz Anton Mai, a partir do Sistema Frank, propôs um código de condutas em saúde, priorizando a área de educação, e que orientava a atuação dos *oficiais de saúde*. Ora, a Alemanha foi o primeiro país europeu a institucionalizar a polícia médica - mecanismo através do qual o Estado assumiu a função de zelar pela saúde da população, cabendo aos médicos não somente a responsabilidade de tratar os doentes, mas também controlar todos os aspectos da vida dos indivíduos, atuando os oficiais de saúde nos colégios instruindo alunos e professores, e inclusive esclarecendo ao adolescente os riscos da promiscuidade e excessos na vida sexual.

No Brasil os primeiros estudos de saúde escolar **começam em 1850**, mas somente a partir do século XX a questão da higiene escolar ganhou importância, numa época de saúde pública precária (epidemias de varíola, cólera, peste bubônica, febre amarela, sífilis...) com alta mortalidade da população em geral, e infantil devido à diarreia, desnutrição e doenças imunopreveníveis na atualidade.

Fugindo da tradição biomédica é concebida a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) no final da década de oitenta, com um conceito de promoção de saúde balizado pela Carta de Ottawa, empoderando o indivíduo através da capacitação/conhecimento para que este exerça maior controle sobre sua saúde. As escolas aí deveriam assumir um papel preponderante, juntamente com os centros comunitários e os locais de trabalho.

¹Baseado no artigo A Saúde na Escola: um Breve Resgate Histórico, 2010.

A saúde escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista e, desta forma, tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo. (HARADA, 2003)

Segundo Figueiredo et al. (2010), a IREPS “tratava-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, onde se inter-relacionavam a educação para a saúde, a criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e a oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa”.

E, ainda mais significativa é a análise de Silva et al.(2007), alertando que as práticas educativas em saúde não devem se restringir ao profissional de saúde e aos serviços de saúde,mas devem ter neles a sua base ou referencial. E advertem que tais práticas devem ser construídas junto com os educadores e inseridas no projeto político pedagógico da escola.

Caberia, então, aos profissionais da área de saúde a articulação e integração de ações junto ao grupo de educadores, auxiliando na sua implantação, assim como o trabalho junto aos pais e responsáveis na comunidade externa, objetivando o cuidado integral da saúde do estudante, para transformá-lo num ser humano saudável, cidadão consciente e responsável com sua saúde e a da coletividade.

Políticas públicas de saúde relacionadas ao escolar: foco na promoção de saúde

O Brasil passou por várias reformulações nas questões relacionadas à saúde: Movimento Sanitário, Reforma Sanitária, VIII Conferência Nacional de Saúde, criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantação e implementação das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Diante de todos estes acontecimentos a educação em saúde começou a ser visualizada como um instrumento indispensável na preparação dos indivíduos e/ou grupos a enfrentarem situações de saúde-doença (NEITZKE et al, 2013).

As iniciativas de políticas públicas voltadas aos jovens na área da saúde remontam à década de oitenta, quando o Ministério da Saúde voltou-se para a saúde do adolescente com a criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), que, além do desenvolvimento de atividades relacionadas com a

promoção da saúde dos adolescentes e dos estudos temáticos, expressa preocupação em contribuir com atividades intra e interinstitucional, governamentais e não governamentais. Entretanto, é reconhecida a pouca participação dos jovens no planejamento, implementação e avaliação dessas atividades (QUEIROZ et al, 2012).

Objetivando privilegiar a equidade, integralidade da assistência, orientar o trabalho da equipe de saúde e envolvê-la constantemente com o cuidado aos indivíduos em todas as fases e etapas, inúmeros programas e políticas de saúde foram instituídas após, dentre os quais o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) criado em 1984, que passa ter suas ações coordenadas pela equipe do então Programa de Saúde da Família (programa anterior a Estratégia de Saúde da Família). Tinha suas diretrizes voltadas para algumas ações específicas como avaliação da acuidade visual, diagnóstico de deficiências auditivas e o controle da cárie.

Em 2006 foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde o marco referencial elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com vários segmentos sociais, para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essa política está ancorada em diretrizes descritas num manual denominado Marco Legal, preconizando que se privilegie uma ação profilática e integradora com famílias, escolas, comunidades e todos aqueles próximos ao adolescente ou jovem.

Dadas as especificidades do PNSE de 1984, foi necessário que ele sofresse algumas reformulações, e neste sentido, em dezembro de 2007, o Presidente da República instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica da rede pública, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Essa é a base que instituiu o PSE, pela integração do Ministério da Educação e Cultura com o Ministério da Saúde, através do Decreto 6.286, de 05/12/2007, da Casa Civil, e que visa promover a saúde e a cultura da paz; articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações da educação básica pública; contribuir para a constituição de condições para a formação integral do educando; contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde e que comprometem o desenvolvimento escolar; promover a intercomunicação escola/saúde e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde (BRASIL, 2010).

O Programa Saúde na Escola²

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos.

Abrir a escola para os projetos de saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade, determina os passos em busca dos saberes educacionais, pois encontram uma boa relação entre os grupos envolvidos, a valorização humana e a compreensão da importância da relação entre educação e saúde. A escola contemplada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas devam fazer parte do projeto político-pedagógico escolar, atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos. As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. As ações propostas integram o conjunto de ações mínimas a serem realizadas pelos municípios.

A saúde, como produção social, exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis. Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde.

A proposta do PSE subdivide o programa em três componentes:

²Transcrito do documento PASSO A PASSO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Tecendo Caminhos da Intersetorialidade. Ministério da Saúde, 2011.

COMPONENTE I – AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOSSOCIAL

As ações do ponto de vista epidemiológico que são prioritárias para os educandos são abaixo listadas:

- Avaliação antropométrica;
- Atualização do calendário vacinal;
- Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.);
- Avaliação oftalmológica;
- Avaliação auditiva;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação da saúde bucal;
- Avaliação psicossocial.

Várias ações do Componente I têm como objetivo obter informações sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental, e sugerimos que sejam realizadas na escola por seu caráter de triagem e considerando o ganho de escala em ambiente coletivo, devendo ser encaminhados à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados.

COMPONENTE II – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE

Promoção da saúde, segundo o conceito adotado pelo SUS, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que promoção da saúde é um processo que objetiva ampliar as possibilidades dos cidadãos de controlar, de forma crescente, os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorarem sua qualidade de vida. Assim, as ações de promoção da saúde visam garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto,

protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida.

As estratégias de promoção da saúde serão abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território, quais sejam:

- Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável;
- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas;
- Saúde e Prevenção nas Escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS;
- Saúde e Prevenção nas Escolas: prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas;
- Promoção da cultura de paz e prevenção das violências e
- Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

COMPONENTE III – FORMAÇÃO

O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente. Entende-se que a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade.

A parceria entre educação e saúde desenvolve estruturas de formação e materiais didático-pedagógicos que atendem às necessidades de implantação das ações de:

- Planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs);
- Avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos.

A Escola como Fonte de Promoção de Saúde

Desde os trabalhos de Johann Peter Frank até as iniciativas mais recentes ocorreram muitas mudanças, contudo, o espaço escolar permanece fundamental para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Paralelamente à ideia da escola como principal meio de promoção de saúde da criança e do adolescente, há também o entendimento que programas de saúde que atendem somente as crianças matriculadas nas escolas acabam sendo excludentes e não compatíveis com a atenção integral à saúde da criança/adolescente (MIRANDA et al, 2000). Contrapondo-se a essa visão, um levantamento feito pelo movimento Todos Pela Educação aponta que em 2013 o Brasil tinha 93,6% da população de 4 a 17 anos na Educação Básica. O indicador, calculado com base nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), faz parte do monitoramento da Meta 1 do movimento – toda criança e jovem de 4 a 17 anos na escola. Merece destaque o fato de que a população de 6 a 14 anos é a que tem o maior percentual frequentando a escola: 98,3%. Na faixa compreendida entre 10 a 14 anos, mais de 97% dos jovens estão matriculados em escolas (MOLL e RABELO, 2010).

O momento atual traz para dentro da escola, numa relação dialética com a sociedade, senão os seus problemas, as suas consequências, tais como a violência urbana, a droga, a criança vitimizada, o abuso de todas as formas e a alta morbimortalidade por acidentes (MIRANDA et al, 2000). Em ambientes expostos a múltiplos fatores de risco, as crianças e os adolescentes tendem a desenvolver práticas e atitudes de risco para a sua saúde (CERQUEIRA, 2006). É impossível traçar qualquer diretriz com relação à assistência à saúde da criança e do adolescente em idade escolar sem entender essas questões.

As primeiras experimentações com comportamentos de risco para a saúde – tais como o uso do tabaco, álcool e drogas ilícitas, a direção inexperiente de veículos, a prática de atividade sexual sem proteção, entre outros – ocorrem, com frequência, na fase da vida escolar. Além disso, parece que hábitos saudáveis da infância também tendem a ser abandonados quando a adolescência se inicia. Portanto, é plausível supor que ações direcionadas a informar, promover e reforçar modos de vida saudáveis ou reverter a adesão a comportamentos de risco recém-adquiridos têm potencial para serem especialmente exitosas entre adolescentes, além da abordagem na escola ser um grande facilitador, pois é também espaço de

mediação importante para estabelecer relações com as famílias e a comunidade (DUARTE, 2010), atuando como referência e desenvolvendo e influenciando práticas políticas, atitudes de alunos, professores, outros profissionais de educação e de saúde e seus familiares (QUEIROZ, 2012).

Contextualizando os Institutos Federais de Educação

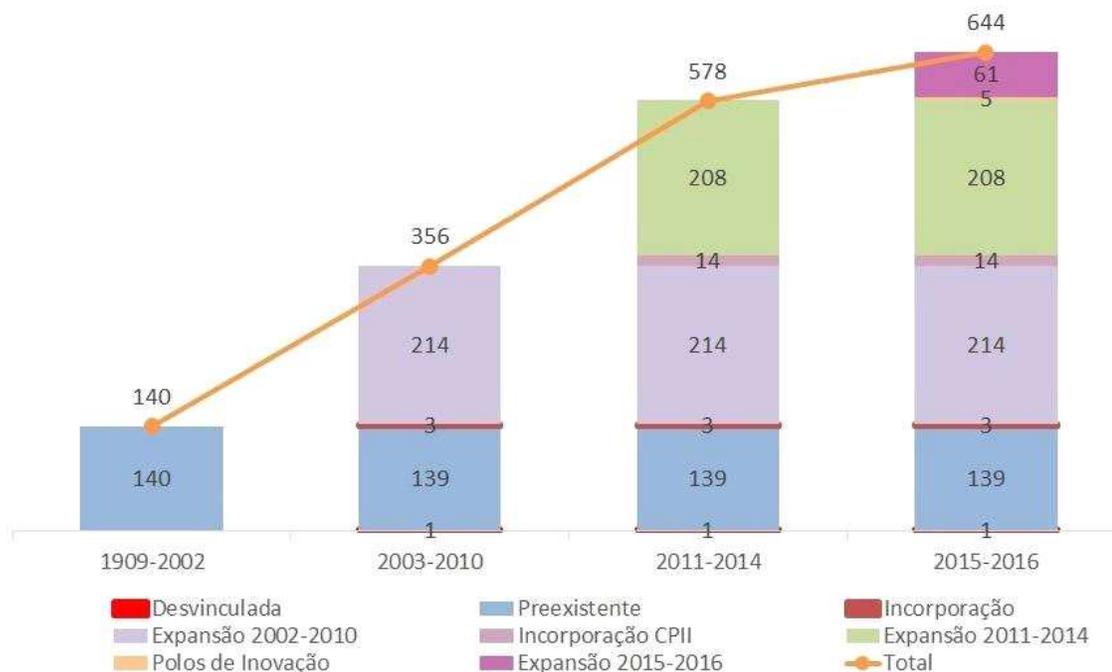
A Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica cobre todos os estados brasileiros, oferecendo cursos técnicos, superiores de tecnologia, bacharelados, licenciaturas, mestrado e doutorado. Têm como missão qualificar profissionais para os diversos setores da economia brasileira, realizar pesquisa e desenvolver novos processos, produtos e serviços em colaboração com o setor produtivo. Sua história começou em 1909, quando o então presidente da República Nilo Peçanha, criou 19 Escolas de Aprendizes e Artífices que, mais tarde, deram origem aos Centros Federais de Educação Profissional e Tecnológica (CEFETs).

Foi na década de 1980 que um novo cenário econômico e produtivo se estabeleceu, com o desenvolvimento de novas tecnologias, agregadas à produção e à prestação de serviços. Para atender a essa demanda, as instituições de educação profissional vêm buscando diversificar programas e cursos para elevar os níveis da qualidade da oferta. Tida no seu início como instrumento de política voltado para as 'classes desprovidas', a Rede Federal se configura hoje como estrutura para que todas as pessoas tenham efetivo acesso às conquistas científicas e tecnológicas, trazendo uma proposta de formação profissional inovadora e estruturante para o País, com atuação tanto nas capitais como no interior.

Desde 29 de dezembro de 2008, 31 CEFETs, 75 unidades descentralizadas de ensino (UNEDs), 39 escolas agrotécnicas, 7 escolas técnicas federais e 8 escolas vinculadas a universidades deixaram de existir para formar os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, que somam 38, presentes em todos os estados. Também integram os institutos as novas escolas entregues dentro do plano de expansão da rede: de 1909 a 2002, foram construídas 140 escolas técnicas no país; entre 2003 e 2016, o Ministério da Educação concretizou a construção de mais de 500 novas unidades referentes ao plano de expansão da educação profissional, totalizando 644 campi em funcionamento, em 568 municípios do País. Essa rede de educação ainda é formada por instituições que não aderiram aos institutos federais,

mas também oferecem educação profissional em todos os níveis: são dois CEFETs, 25 escolas vinculadas a universidades e uma universidade tecnológica (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2016).

Figura 1 - Expansão da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica – em Unidades (2016).

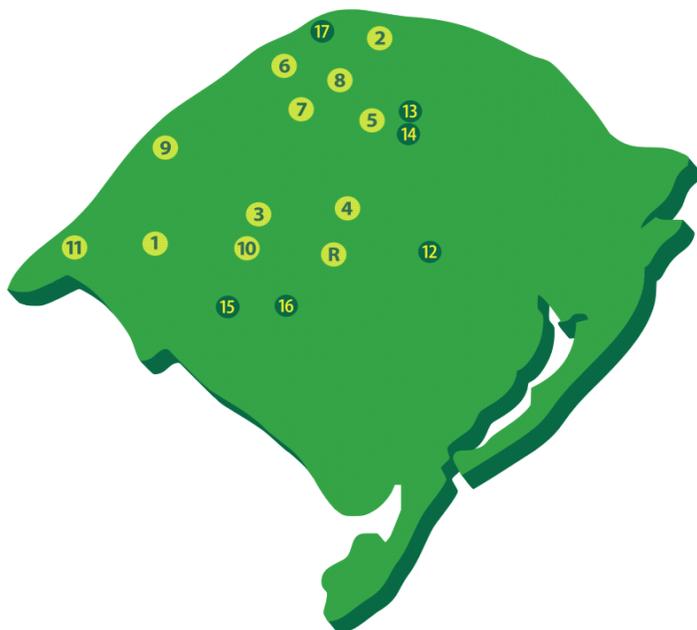


Fonte: <http://redefederal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal>

Da educação básica à pós-graduação, os institutos federais têm como característica a formação de profissionais preparados para o mundo do trabalho, aptos a inovar em produtos, serviços e processos. Atualmente, estudantes e professores desenvolvem mais de 10 mil projetos de pesquisa aplicada e, com a participação da comunidade, cerca de seis mil projetos de extensão tecnológica. O aprimoramento dessas atividades é reforçado pelos Núcleos de Inovação Tecnológica (NITs) e pelos Pólos de Inovação.

Institutos Federais de Educação no Rio Grande do Sul

Figura 2 – Distribuição dos Institutos Federais no Rio Grande do Sul - IFFAR



Instituto Federal Farroupilha – IFFAR

R. Reitoria

1. Campus Alegrete
2. Campus Frederico Westphalen
3. Campus Jaguari
4. Campus Júlio de Castilhos
5. Campus Panambi
6. Campus Santa Rosa
7. Campus Santo Ângelo
8. Campus Santo Augusto
9. Campus São Borja
10. Campus São Vicente do Sul
11. Campus Avançado Uruguiana

Centros de Referência

12. Candelária
13. Carazinho
14. Não-Me-Toque
15. Rosário do Sul
16. São Gabriel
17. Três Passos
18. Santiago
19. Quaraí

Fonte: <http://www.iffarroupilha.edu.br/unidades-iffarroupilha>

Figura 3 – Distribuição dos Institutos Federais no Rio Grande do Sul - IFSUL



Instituto Federal Sul Riograndense - IFSUL

1 Reitoria | Campus Pelotas | Campus Pelotas-Visconde da Graça

- 2 Campus Bagé
- 3 Campus Camaquã
- 4 Campus Charqueadas
- 5 Campus Gravataí
- 6 Campus Avançado Jaguarão
- 7 Campus Lajeado
- 8 Campus Avançado Novo Hamburgo
- 9 Campus Passo Fundo
- 10 Campus Santana do Livramento
- 11 Campus Sapiranga
- 12 Campus Sapucaia do Sul
- 13 Campus Venâncio Aires

Fonte: <http://www.ifsul.edu.br/map>

Figura 4 – Distribuição dos Institutos Federais no Rio Grande do Sul – Instituto Federal do Rio Grande do Sul - IFRS



Fonte: <https://ifrs.edu.br/site/conteudo.php?cat=246>

Instituto Federal Farroupilha/RS

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha é uma instituição de educação básica, profissional e superior, pluricurricular e multicampus, especializada na oferta de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino, com base na conjugação de conhecimentos técnicos e tecnológicos com sua prática pedagógica. Vinculado ao Ministério da Educação, possui natureza jurídica de autarquia, sendo detentor de autonomia administrativa, patrimonial, financeira, didático-pedagógica e disciplinar.

Foi criado pela Lei nº. 11.892, de 29 de dezembro de 2008, através da fusão e transformação do Centro Federal Tecnológico de São Vicente do Sul, Escola Agrotécnica Federal de Alegrete, Unidade Descentralizada de Júlio de Castilhos e Unidade Descentralizada de Santo Augusto em uma nova instituição federal de ensino (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, 2010).

Instituto Federal Farroupilha Campus Alegrete

A instituição de ensino foi criada por vontade política do deputado Rui Ramos, com objetivos bem determinados: atender jovens oriundos de famílias de

agricultores do Núcleo Colonial do Passo Novo (distrito rural da cidade de Alegrete). Seria uma experiência pioneira de reforma agrária, numa fazenda desapropriada e loteada em 110 glebas de 30 hectares, com a instalação de um Posto Agropecuário, Patrulha Agrícola, Cooperativa, Centro de Tratorista e Grupo Escolar. Com toda essa estrutura, acreditava-se que a colônia seria um modelo de desenvolvimento para a região. Assim nasceu a Colégio Técnico de Alegrete.

Instalado em 21 de março de 1954, tinha 33 (trinta e três) alunos matriculados na 1ª série do Curso de Iniciação Agrícola, em regime de Internato. Vinculada ao Ministério da Agricultura, nos primeiros anos funcionava precariamente em prédios inacabados, sem instalações técnicas e laboratórios. Em 1956 já possuía o Curso de Mestría Agrícola, destinado a receber alunos oriundos do Curso de Iniciação Agrícola, e também nesse ano entrou em funcionamento a Escola de Economia Doméstica, destinada somente para meninas.

Sofreu intervenção militar em 1964 e em 1968 foi transferida para a coordenação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em 1979 teve sua designação alterada para Escola Agrotécnica de Alegrete, pelo Decreto 83.935, mas continuava subordinada a Coordenadoria de Ensino de Segundo Grau da UFSM. Em fevereiro de 1985, pelo Decreto 91.005, passou para a Coordenação Nacional do Ensino Agropecuário/COAGRI, e teve sua denominação alterada para Escola Agrotécnica Federal de Alegrete (EAFA), sendo daí implantado o sistema escola-fazenda e criada a cooperativa escolar. Permaneceu como EAFA até 2008, quando foi uma das bases da fusão para a criação do Instituto Federal Farroupilha. (RIBEIRO, 2015).

Equipes de Saúde no Instituto Federal Farroupilha

O Instituto Federal Farroupilha, visando garantir a permanência de seus estudantes, estabeleceu em sua Política de Assistência Estudantil (Resolução do Conselho Superior (CONSUP) nº12/2012) programas, projetos e ações para a atenção à saúde dos estudantes regularmente matriculados, prestados por uma equipe multiprofissional de saúde, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde da universalidade, equidade e integralidade, conforme Resolução nº16/2012.

Os setores de saúde estão localizados em cada um dos campi da instituição, subordinados à Coordenação de Assistência Estudantil (CAE) e se compõem de

Assistentes Sociais, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Nutricionistas, Odontólogos e Psicólogos. Desenvolvem ações individuais e coletivas de promoção de saúde, prevenção de agravos e atendimento ambulatorial de baixa complexidade. Qualquer tipo de assistência à saúde dos estudantes que não possa ser prestada dentro da instituição é encaminhada à rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE (2012)

A Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), primeiro estudo nacional em amostra representativa de escolares no conjunto das capitais brasileiras a estimar a prevalência de fatores de risco e proteção para a saúde, em especial àqueles relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), teve como população-alvo os escolares do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras. Nos resultados da última edição da pesquisa, publicados em 2012, foram investigados temas relacionados aos aspectos socioeconômicos, contexto familiar; hábitos alimentares, prática de atividade física, hábitos sedentários, experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva, violências, segurança, percepção da imagem corporal, trabalho, higiene, acidentes, saúde mental, uso de serviços de saúde e prevalência de asma, entre outros (IBGE, 2012). Os resultados são desafiadores para as áreas da saúde e da educação, mas também para outros setores como a segurança e o serviço social.

Dentre os principais resultados, a pesquisa mostrou que na Região Sul foram encontradas as maiores proporções de estudantes que informaram consumo de bebida alcoólica e cigarro. Também há indícios de que drogas como o *crack* (0,5%) e a maconha (2,5%) estejam atingindo os estudantes de todo o país. Já a agressão física por pessoa da família acometeu cerca de 11% das meninas do 9º ano do ensino fundamental. Os hábitos alimentares dos alunos pesquisados incluem marcadores de alimentação não saudável, como guloseimas, presentes também na cantina e ponto alternativo de venda. Na rede pública 98% dos estudantes informaram que a comida é oferecida pela escola e, no entanto, o consumo é habitual para 22% deles. Um terço dos alunos pesquisados, a maioria entre 13 e 15 anos de idade, já dirigiu veículo motorizado.

O PSE também integra as estratégias planejadas pelo Ministério da Saúde para combate às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo objetivo sua implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (como as cantinas saudáveis); reformulando os espaços físicos; visando a prática de aulas regulares de educação física; a prática de atividade física no contra turno e fortalecendo as ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e tabaco. Segundo Malta (2011), a reversão da epidemia de DCNT exige uma abordagem populacional abrangente, com intervenções preventivas e assistenciais desde a vida intrauterina.

De acordo com o PSE o ambiente escolar é o lócus privilegiado para ações em saúde: atenção e promoção da saúde e prevenção de doenças. A saúde torna-se tema educacional quando se pretende transformar as noções fundamentais para a construção de uma vida saudável em conhecimento a ser apropriado e construído no ambiente escolar e inserido no seu projeto político pedagógico. Dentro dessa abordagem, podem ser apontados aspectos como: alimentação saudável, respeito à diversidade; cultura da paz; mediação de conflitos; autocuidado; autoestima; direitos sexuais e reprodutivos; meio ambiente; inclusão social e direitos humanos. Ao falar da saúde de crianças e adolescentes é importante valorizar a Escola como um espaço de estimulação e promoção do protagonismo juvenil (adolescente) e a discussão de temas e outras questões que possam representar agravos à saúde e ligados à realidade dessa fase da vida.

É importante destacar que programas de promoção da saúde pessoal ou intervenções no ambiente escolar potencializam o desempenho escolar de crianças e adolescentes. O trabalho conjunto de profissionais de educação e saúde permite ampliar o cuidado ao adolescente direcionando a assistência com base na visualização do sujeito em seus diversos ambientes de atuação enquanto ser social (QUEIROZ, 2012).

O PSE configura-se como oportunidade de atender o princípio da integralidade, em um cenário social que rompe a idealização ultrapassada de promover a saúde apenas em instituições próprias da saúde, potencializando as possibilidades de atenuação ou reversão do quadro mostrado pelos resultados da PeNSE, ainda que o programa não esteja totalmente estabelecido em diversas regiões do país.

No Instituto Federal Farroupilha pode-se consolidar as ações e estratégias do PSE, dentro das peculiaridades da instituição, desenvolvendo então promoção e prevenção em saúde dos seus estudantes para modificar o panorama da saúde nessa faixa etária, associando saúde e educação em um ambiente escolar, através de ações dos seus profissionais de saúde e da integração destes com os docentes em sala de aula (temas transversais/currículo integrado).

3 JUSTIFICATIVA

O Instituto Federal Farroupilha tem uma característica marcante que o difere dos demais institutos federais, que é a opção da instituição em ter setores de saúde em todos os seus campi, primando pela permanência do estudante através da melhor assistência prestada a ele, com foco na prevenção e promoção de saúde. Mas sempre careceu de base padronizada, pois cada setor no seu campus desenvolve atividades definidas individualmente, e não se tem informações e subsídios na área, por ser uma ação pioneira.

O setor de saúde do campus Alegrete também iniciou com atividades baseadas nas experiências de seus profissionais, de diferentes áreas e locais de trabalho, unindo as vivências de iniciativa privada de saúde, saúde pública e instituições de ensino. Para nós também era importante um balizador que, se não nos garantisse êxito, ao menos desse uma direção a seguir, mostrando as necessidades desse público adolescente, até então novidade para a maioria, garantindo um padrão mínimo de atendimento e qualidade na assistência prestada.

Daí a ideia de se utilizar os componentes I e II do PSE, testando-o como programa padrão a ser implantado, visto que a instituição reúne todas as condições *sinequanon* para isso: escolares, profissionais de saúde, docentes, ...além da estrutura do programa ter muitas similaridades com as atividades já desenvolvidas pelos setores de saúde da instituição.

Quanto ao Componente III do PSE, que trata da Formação dos agentes (equipes de saúde e de educação que trabalham com o programa) não foi considerado no projeto por se tratar de programas de formação específicos, que num período de tempo determinado não poderiam ser adequadamente avaliados, visto que a própria instituição já tem consolidado o planejamento anual dos programas de formação continuada a seus servidores, e não teria utilidade específica neste caso e neste momento.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL:

Implantar ações de educação em saúde no Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus Alegrete, integradas ao Programa Saúde na Escola.

4.2 ESPECÍFICOS:

4.2.1 Verificar se as ações do PSE podem ser padrão institucional de atividades do seu setor de saúde, mantendo uma assistência à saúde do estudante mais ampla e qualificada, balizada por um programa público federal criado em bases científicas e epidemiológicas;

4.2.2 Avaliar a sensibilização e motivação dos docentes em relação à prática dos temas transversais em saúde e do Currículo Integrado em sala de aula, de forma interdisciplinar e interprofissional, através da organização e planejamento de atividades integradas entre estes e o setor de saúde do campus;

4.2.3 Proporcionar maior socialização do funcionamento das redes de saúde do Sistema Único de Saúde a servidores e estudantes (e suas famílias, por extensão), mantendo e criando novas vias de colaboração entre a instituição, profissionais e o sistema de saúde local e/ou regional, por meio de contato direto e orientações necessárias através das demandas criadas pelas avaliações de saúde realizadas nos estudantes ingressantes nas turmas determinadas.

5 METODOLOGIA

5.1 LOCAL

O presente estudo foi realizado no Instituto Federal Farroupilha Campus Alegrete – IFFAR-CA. O IFFAR-CA está dentro da área territorial, mas localizado a 30 km do centro da cidade de Alegrete, na região oeste do estado (Figura 3), a 506 km da capital do estado, Porto Alegre.

5.1.1 Alegrete:

Localizado na região centro-oeste do estado, é o maior município em extensão do Rio Grande do Sul e o 186º maior município do Brasil em área territorial, com mais de 7.800 quilômetros quadrados. Sua população estimada em 2009 era de 78.984 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo 50,29% mulheres e 49,71% homens. Sua etnia foi originada por grupos nômades indígenas e posteriormente os colonizadores espanhóis, portugueses e africanos. As correntes migratórias modernas são representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses, árabes e poloneses.

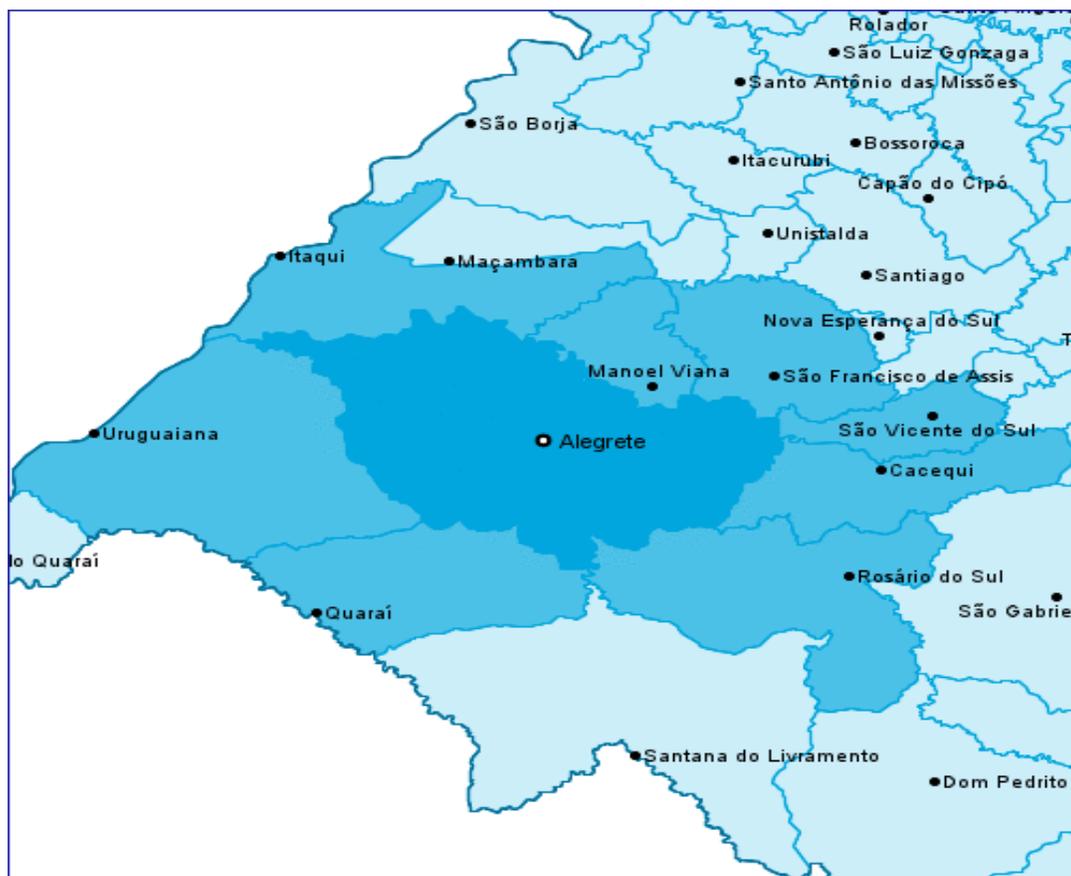
Para o ensino fundamental e médio a cidade conta com 32 escolas municipais, 47 escolas estaduais, uma federal, e seis privadas (Figura 1). Possui vários campi de universidades gaúchas: UERGS (Universidade Estadual do Rio Grande do Sul), URCAMP (Universidade da Região da Campanha) e UNIPAMPA (Universidade Federal do Pampa), além do IFFAR (Instituto Federal Farroupilha, que agregou a antiga Escola Agrotécnica Federal de Alegrete) e ainda a UNOPAR (Universidade Norte do Paraná), como um dos pólos de educação à distância na fronteira oeste.

Quadro 1 – Censo Escolar 2013 – Número de matrículas por período escolar no ensino regular (educação infantil e ensinos fundamental e médio) em Alegrete/RS.

PERÍODO ESCOLAR	Nº MATRÍCULAS	PERCENTUAL (%)
Ensino Fundamental - Anos Iniciais	13.219.406	32,73
Ensino Fundamental - Anos Finais	11.492.310	28,45
Ensino Médio	7.110.302	17,60
Educação Infantil - Pré-escola	3.644.138	9,02
EJA - Ensino Fundamental	2.221.326	5,50
Educação Infantil - Creche	1.730.311	4,28
EJA - Ensino Médio	976.379	2,42

Fonte: INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Figura 5 - Limites territoriais da cidade de Alegrete/RS



Fonte: <http://fchicoferreira.blogspot.com.br>

A economia do município é baseada principalmente na agricultura (arroz - 45.000 ha; soja - 16.000 ha; milho - 11.000 ha; sorgo - 3.000 ha e trigo - 1.500 ha) e na pecuária bovina (536.536 cabeças - o maior rebanho do Estado); ovina (423.446 cabeças); equina (\pm 20.000 cabeças); suína (\pm 9.000 cabeças) e bubalina (\pm 2.000 cabeças).

5.1.2 IFFAR Campus Alegrete

Dentro do IFFAR Campus Alegrete (IFFAR/CA) há uma equipe de saúde composta por uma médica, duas odontólogas, dois psicólogos, duas técnicas de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal. Há também uma assistente social, lotada na coordenação de assistência estudantil e uma nutricionista de produção, que trabalha diretamente no refeitório do campus.

O setor de saúde situa-se num local específico e centralizado dentro do campus, e está em vias de sofrer reformas e adequações, mas atualmente é composto de uma recepção com sala de espera (tem um estagiário/bolsista como recepcionista), dois banheiros (masculino e feminino), sendo um deles totalmente adequado para cadeirantes e pessoas com limitações físicas (inclusive com ducha), uma sala de enfermagem e procedimentos ambulatoriais, um consultório médico, dois consultórios psicológicos e um consultório odontológico.

O campus possui um refeitório, que fornece café da manhã, almoço, jantar e ceia sem ônus a todos os estudantes, mas também servidores e funcionários têm acesso no almoço e jantar através da compra de tíquetes com valores reduzidos. Também possui estrutura de alojamentos/internatos para estudantes, divididos em masculino e feminino e por cursos - de nível médio (menores de idade) e superior (maiores de idade). Tem em torno de 160 estudantes internos, que residem e se alimentam no campus durante todo o período que perdurar seu curso.

Atualmente, o Instituto Federal Farroupilha Campus Alegrete conta com **2.315** alunos (sendo 660 do ensino à distância), 103 professores efetivos, 07 professores substitutos / temporários, 91 servidores técnico-administrativos, e oferece os seguintes cursos:

Quadro 2 – Cursos oferecidos pelo IFFAR Campus Alegrete, conforme nível de ensino (2016).

MÉDIO		SUPERIOR			PÓS-GRADUAÇÃO
INTEGRADO	PROFISSIONAL	TECNOLOGIA	BACHARELADO	LICENCIATURA	
Técnico em Agropecuária Integrado ao Ensino Médio	PRONATEC	Tecnologia em Agroindústria	Bacharelado em Engenharia Agrícola - Interinstitucional com a UNIPAMPA	Licenciatura em Química	Docência na Educação Profissional, Técnica e Tecnológica
Técnico em Agroecologia Integrado ao Ensino Médio		Tecnologia em Produção de Grãos		Licenciatura em Ciências Biológicas	
Técnico em Informática Integrado ao Ensino Médio		Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas	Bacharelado Em Zootecnia	Licenciatura em Matemática	
Técnico em Manutenção e Suporte de Informática Integrado a Educação de Jovens e Adultos – PROEJA					

Fonte: dados da pesquisa.

5.2. PÚBLICO:

Critérios de inclusão:

Componente I do PSE: todos os estudantes matriculados nas quatro turmas de primeiro ano do nível médio integrado do curso Técnico em Agropecuária, ingressantes no ano de 2016.

Componente II do PSE: docentes da instituição que responderem ao questionário digital demonstrando interesse em desenvolver temas de saúde como temas transversais em sala de aula, para os estudantes.

Critério de exclusão:

Todos os demais estudantes e docentes que não se aplicarem aos critérios de inclusão.

5.3. PERÍODO

A análise dos dados do Componente I e planejamento de atividades do Componente II se deu nos primeiros meses de 2017, com início do período letivo na instituição em 13/02/2017, e a coleta de dados e análise do Componente II se deu a partir da liberação pelo CEP/UFRGS.

5.4. LOGÍSTICA, COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa foi realizada no IFFAR/CA e contou com a participação de oitenta estudantes e trinta e um docentes, e foi dividida em duas etapas (componentes I e II), com abordagens quantitativa (Componente I) e quanti/qualitativa (Componente II).

A produção de dados na primeira etapa (Componente I) foi realizada através de análise documental do Prontuário Clínico Multiprofissional (APÊNDICE A) do setor de saúde da instituição, num estudo analítico descritivo transversal com abordagem quantitativa, e na segunda etapa a produção de dados se deu através de questionário *on line* semiestruturado autoaplicado (APÊNDICE B) nos docentes da instituição, num estudo exploratório descritivo com enfoques quanti e qualitativo.

A interpretação dos dados do componente I foi realizada através do software Excel® do Microsoft Office®, utilizando-se valores absolutos e relativos e medidas de frequência central, média e desvio padrão, para as variáveis pressão arterial, Índice de Massa Corporal (IMC), avaliação odontológica e avaliação psicológica. No componente II, os dados quantitativos foram processados por meio de escalas de Likert, avaliados pela distribuição de frequências em cada uma das respostas, enquanto os dados qualitativos foram interpretados pela análise temática de conteúdo de Bardin.

5.4.1. Descrição das Fontes de Dados

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto Federal Farroupilha, no seu campus localizado na cidade de Alegrete/RS, sendo considerado um campus caracteristicamente agrícola, apesar de seus cursos médios integrados na área de informática e licenciaturas em química, biologia e matemática e bacharelados. Recebe estudantes de toda a região da campanha e fronteira oeste do Rio Grande

do Sul principalmente, para seu curso médio integrado de Técnico em Agropecuária, e agora também de vários estados do Brasil (via SISU), para seus cursos superiores.

Devido a essa grande diversidade de locais de origem dos estudantes que integram o curso Técnico em Agropecuária, regionalmente distribuídos dentro de uma área específica do estado, por ser um curso reconhecido como tradicional do campus, com faixas etárias compreendidas entre 13 e 17 anos em média, foi o curso definido para a realização da pesquisa. Inicialmente também foi incluído o curso médio integrado de Técnico em Informática para compor o público-alvo, mas percebeu-se que os estudantes tinham diferenças que poderiam ser significativas, tanto fisicamente como comportamentais, o que poderia levar a um banco de dados muito heterogêneo, comprometendo os resultados. E ainda, há somente uma turma de primeiro ano do ensino médio da área de informática no campus, enquanto que da agropecuária são quatro.

Quanto à participação dos docentes na composição do segundo componente do programa na pesquisa, foi pensada numa tentativa de estimular o envolvimento e uma maior integração entre estes e os profissionais que compõem o setor de saúde da instituição, visto que nesse componente o programa visa o planejamento e aplicação de atividades de promoção e prevenção de saúde às crianças e adolescentes no ambiente escolar, e sabe-se que isto produz melhores resultados se realizado coletivamente, associado à atividade docente: a escola é um espaço de mediação importante para estabelecer relações com as famílias e a comunidade (DUARTE, 2010), atuando como referência e desenvolvendo e influenciando práticas políticas, atitudes de alunos, professores, outros profissionais de educação e de saúde e seus familiares (QUEIROZ, 2012).

5.4.1.1 Componente I: Avaliação Clínica e Psicossocial: dados secundários coletados no Prontuário Clínico Multiprofissional (individual para cada estudante) do setor de saúde da instituição, onde constam e foram acessadas as seguintes informações dos estudantes:

- Avaliação antropométrica;
- Atualização do calendário vacinal;
- Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.);
- Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);

- Avaliação nutricional;
- Avaliação da saúde bucal/odontológica;
- Avaliação psicossocial/psicológica.

Foi realizado um estudo descritivo em corte transversal retrospectivo, com variáveis independentes e variáveis correlacionadas, onde a fonte de dados pesquisada para extrair as variáveis usadas para comporem o banco de dados foi o instrumento usado para a coleta de dados dos estudantes chamado Prontuário Clínico Multiprofissional (APÊNDICE A), criado pelo próprio setor de saúde da instituição e individualizado para cada estudante. Ele é usado regularmente no atendimento prestado aos estudantes no setor, ficando a disposição dos profissionais (médica, odontólogas, psicólogos, técnicas de enfermagem) para o complementarem à medida que for necessário, com informações relevantes do atendimento prestado. As fichas preenchidas em cada avaliação/consulta de atendimento clínico que comprometem a ética ou sigilo profissional ficam de posse de cada profissional em sua sala (não são anexadas a esse prontuário).

A coleta de dados (anamnese) foi iniciada durante o período de matrículas dos estudantes ingressantes no ano de 2016, pelos profissionais do setor de saúde do campus, e com a presença de seus pais/responsáveis. Nesse momento já se teve acesso a muitas informações de saúde importantes, como: antecedentes pessoais e familiares, doenças atuais, medicação em uso, alergias, cuidados específicos, hábitos pessoais, etc., além de todas as suas informações sociodemográficas relevantes para conhecimento.

Após o início do período letivo e durante ele, os estudantes foram chamados ao setor de saúde em outros dias específicos, conforme horários e disponibilidade dos profissionais, para complementar a avaliação inicial, quando então foi realizada a coleta de dados antropométricos com cálculo de índice de Massa Corporal - IMC, a verificação de pressão arterial, análise da carteira de vacinas, a avaliação odontológica e a psicológica, além de entrevista com os estudantes que apresentaram alteração nos sinais coletados ou tiveram uma queixa ou sintoma detectado. Importante ressaltar que os estudantes são liberados da sala de aula pelo professor para realizarem as avaliações, sendo então um trabalho integrado previamente acordado.

Durante todo o período letivo, tanto o estudante pôde procurar atendimento no setor, se achou necessário, assim como o profissional de saúde reavaliou o

estudante para controle ou complementação de dados necessários, ou os docentes puderam encaminhar qualquer estudante no qual tenham detectado alguma alteração física ou psicológica passível de avaliação complementar. Muitas informações surgem ou são complementadas somente após o contato inicial e a posterior convivência de estudantes e docentes em sala de aula. Esse também é o caso do tratamento odontológico e dos encaminhamentos para avaliação médica e psicológica, que ocorreram ao longo de todo o período letivo.

Os encaminhamentos específicos dos casos detectados passíveis de atenção foram para o Sistema Único de Saúde na quase totalidade, na cidade de Alegrete no caso de estudantes internos moradores do campus ou dos residentes no município, ou para seus municípios de origem, ao cuidado dos pais/responsáveis. Esses encaminhamento se tratavam de realização de exames complementares para elucidação ou controle diagnóstico, avaliação oftalmológica, avaliação ginecológica para a realização de exames preventivos de câncer de mama e útero ou indicação de uso de anticoncepcionais hormonais, acompanhamento especializado de tratamentos específicos, ou mesmo nas unidades de pronto atendimento no caso de urgências ou emergências.

Também fazem parte do Componente I do PSE:

- Avaliação oftalmológica e
- Avaliação auditiva.

A avaliação oftalmológica foi encaminhada e realizada por especialista do SUS naqueles estudantes que apresentaram queixas de dificuldade ou alteração visual, dor na região ocular, cansaço visual ou cefaleia de repetição. Neste ano não foi realizado teste de triagem através da Escala/Tabela de Snellen para detecção de acuidade visual por uma questão logística e de organização do setor.

Quanto à avaliação auditiva, foram avaliados estudantes com queixas de dificuldade/déficit de audição e também os que tinham como queixa principal o déficit de atenção ou aprendizagem, para descartar patologias auditivas, mas também não foi realizada como triagem, pela dificuldade de acesso aos serviços no SUS, custo e logística, pois envolveria ou avaliação fonoaudiológica, ou avaliação otorrinolaringológica, ou uma testagem audiométrica, pelo menos. Com esse objetivo

já existe o projeto Programa Saúde Auditiva na Escola³ (2016) do Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde – LAIS da UFRN, esclarecendo a dificuldade encontrada: “o PSE traz benefícios ao estudante, porém no que se refere a avaliação da acuidade auditiva existem controvérsias científicas referentes a qual protocolo de avaliação audiológica com maior sensibilidade e especificidade a ser aplicado a esta população escolar e que contemple os requisitos para um programa de triagem auditiva (método rápido, simples, de baixo custo, confiável e válido). Alguns procedimentos têm alto custo operacional, pois envolvem o fonoaudiólogo, equipamentos e salas especiais para a avaliação, além de serem longos e de difícil acesso. Neste sentido, há necessidade na área de se estudar o custo-efetividade de diferentes protocolos de triagem auditiva em escolares para contribuir com as políticas públicas no país.”

Inicialmente se pretendia incluir em torno de 150 estudantes na pesquisa, mas foram coletadas informações e avaliados em torno de 120 estudantes do curso médio integrado de Técnico em Agropecuária, distribuídos em quatro turmas de primeiro ano e excluiu-se a turma de primeiro ano do curso médio integrado de Técnico em Informática (com 30 estudantes), já previamente exposto. Devido ao grande número de variáveis que foram usadas para compor o banco de dados, numa segunda análise decidiu-se utilizar dados de 80 estudantes, descartando-se 40 estudantes por não possuírem dados que contemplassem todas as variáveis pesquisadas. Os **estudantes foram identificados** por um numeral ordinal em ordem crescente a partir do número 1, conforme sua posição na lista de chamadas da turma, e por uma letra identificadora da turma: A, B, C e D. Mesmo com a exclusão de estudantes, foi mantida a identificação inicial dos que permaneceram.

Normalmente as **turmas** são compostas por 30 estudantes, distribuídos nas turmas de modo totalmente aleatório, priorizando-se que todas tenham a maioria das letras do alfabeto. Foram identificadas pelo número 1 (primeiro ano) seguido da letra que identifica a respectiva turma: A, B, C e D.

Foram trabalhadas 16 variáveis, sendo elas 11 nominais e 05 quantitativas/mensuráveis. Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio de

³Fonte:<http://www.lais.huol.ufrn.br/index.php/component/k2/itemlist/category/6-projetos>

planilha eletrônica de dados e do aplicativo EXCEL, que fornece ferramentas para organizar, analisar e interpretar dados estatisticamente.

As demais variáveis nominais avaliadas foram:

Gênero: Feminino (1) ou Masculino (2), conforme resposta do estudante.

Cidade de Origem: cidade de onde veio/onde mora.

Internos: residem nos alojamentos do campus e alimentam-se exclusivamente no refeitório do campus: Sim (1) ou Não (2).

Avaliação Odontológica de Saúde Bucal: realizou avaliação odontológica: Sim (1) ou Não (2).

Tratamento Odontológico realizado: conduta odontológica após a avaliação: Limpeza (1), ou Restauração (2), ou Nenhum (3).

Encaminhamento Odontológico Externo para Complementação: encaminhado para o SUS ou outro serviço para: Tratamento Ortodôntico (1) ou Exodontia (2) ou Não (3).

Avaliação Psicológica: realizou avaliação psicológica: Sim (1) ou Não (2).

Motivo da Avaliação Psicológica: principal sintoma ou queixa (do próprio estudante, professor ou familiar) que justificou a avaliação psicológica: relações familiares (1), sexualidade (2), agressividade (3), frequência às aulas (4), interesse/rendimento nas aulas (5), diagnóstico específico (6) ou nenhum.

Encaminhamento Psicológico Externo: foi encaminhado para o SUS: Sim (1) ou Não (2).

E as variáveis quantitativas/mensuráveis avaliadas foram:

Idade (em anos)

Peso (em quilogramas)

Altura (em metros)

Índice de Massa Corporal/IMC (em kg/m²)

Pressão Arterial/PA (em mmHg)

5.4.1.2 Componente II: Promoção e Prevenção à Saúde: é composto por ações, planejadas pelos pesquisadores para serem aplicadas aos estudantes em associação com os docentes da instituição, em sala de aula. Em linhas gerais referem-se a:

- Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável.
- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas.

- Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS.
- Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas.
- Promoção da cultura da paz e prevenção das violências.
- Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

A coleta de dados quanti e qualitativos foi realizada através de questionário *on line* semiestruturado autoaplicado aos docentes da instituição (APÊNDICE B). Nessa coleta de dados foram questionados os conhecimentos e interesse dos docentes da instituição em trabalhar esses temas de forma interdisciplinar e interprofissional, possibilitando o desenvolvimento de futuros projetos institucionais integrados na área, com posteriores encontros para planejamento e organização. Os referidos docentes receberam via e-mail institucional o convite para participação e o link para acesso ao TCLE e ao instrumento de coleta de dados no Google Drive.

A análise dos dados coletados de forma quantitativa e qualitativa pelo questionário auto aplicado foi realizada da seguinte forma: as questões 3, 4, 6, 8, 9, 11 e 12, que se utilizam de escalas de Likert (ALLEN e SEAMAN, 2007), foram avaliadas pela distribuição de frequências em cada uma das respostas. As questões 1, 2, 5, 7 e 10, que têm respostas em aberto, foram avaliadas pela análise de conteúdo, utilizando o referencial de Bardin (BARDIN, 2011), com a finalidade de gerar categorias que permitam verificar como os participantes da pesquisa se posicionam frente a estes temas e perspectivas. Minayo e Sanches (1993) adotam a compreensão de que a natureza diferenciada das abordagens quantitativa e qualitativa se complementam na compreensão da realidade social.

Posteriormente, ainda dentro do Componente II (parte II) foi planejada e organizada metodologicamente a aplicação de pelo menos três temas presentes no Componente II do programa, como atividade didática pedagógica, que foram coincidentes com as sugestões apresentadas pelos docentes no instrumento de coleta de dados, a ser realizada com apoio técnico dos profissionais de saúde em sala de aula, ou desenvolvendo-os como atividades de prevenção e promoção do setor de saúde do campus, como sugestão de atividade local e para os demais campi da instituição.

A apresentação final dos resultados da proposta (Componentes I e II), com registro quantitativo da totalidade de público atingido, ações desenvolvidas, encaminhamentos dados a questões de saúde e resultados finais atingidos, em

forma de tabelas e/ou gráficos, é apresentado no capítulo 6, Discussão dos Resultados.

5.5. EQUIPE

Componente I: pesquisadores.

Os dados obtidos da Ficha Clínica Multiprofissional foram disponibilizados pelos diversos profissionais (cirurgiões-dentistas, psicólogos, técnicos de enfermagem) que compõem o Setor de Saúde do Campus Alegrete, os quais também coletaram as informações dos alunos.

Componente II: pesquisadores e docentes da instituição interessados em desenvolver temas de saúde como temas transversais em sala de aula.

5.6. ASPECTOS ÉTICOS:

Objetivo do projeto e benefícios esperados:

Conhecer o perfil e as necessidades de saúde dos estudantes assistidos pelo setor de saúde da instituição, dando as devidas condutas e encaminhamentos necessários, e avaliar o conhecimento e interesse dos docentes da instituição em desenvolver atividades em sala de aula com temas de saúde, transversalmente ou como currículo integrado, em associação ao setor de saúde do campus, com vistas a, futuramente, institucionalizar o trabalho coletivo interdisciplinar, tornando os estudantes (e também demais servidores envolvidos) protagonistas do seu próprio cuidado, através do conhecimento compartilhado.

O produto final desta iniciativa será a organização de um protocolo de atividades e temas de saúde padronizado para o setor de saúde da instituição, a serem desenvolvidas junto aos estudantes e em integração com seus docentes, com foco na prevenção e promoção de saúde, dando aos estudantes acesso ao conhecimento em saúde e os empoderando enquanto sujeitos, para que possam optar por uma existência saudável.

Riscos:

O manuseio dos dados secundários coletados dos estudantes selecionados para participarem da pesquisa (Componente I) não acarretou qualquer tipo de risco ou malefício a estes, pois somente foram acessados pela pesquisadora assistente mestranda e apresentados agrupados por categorias, sem qualquer identificação pessoal ou individual. Assim também o preenchimento do questionário autoaplicado

não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica para o docente participante, e tampouco apresentou questões que pudessem identificá-lo individualmente através de qualquer meio, e os dados coletados também foram apresentados agrupados quantitativamente, e qualitativamente agrupados através de categorias e subcategorias criadas para identificar seus posicionamentos.

A utilização dos dados clínicos e psicossociais coletados dos estudantes teve como principal benefício conhecer o grupo de estudantes do ensino médio que chega à instituição, detectando precocemente problemas e patologias, encaminhando-os para avaliação complementar e conduta, quando foi o caso. A aplicação do questionário *on line*, para o Componente II, pretendeu, futuramente, institucionalizar o trabalho coletivo interdisciplinar, tornando os estudantes (e também demais servidores envolvidos) protagonistas do seu próprio cuidado, através do conhecimento compartilhado.

- O projeto foi desenvolvido com anuência da Coordenação de Assistência Estudantil e a Direção Geral do campus, conforme documentos anexados, e em parceria com os demais profissionais da área de saúde ali lotados, com a rede básica de saúde/SUS para avaliações e encaminhamentos, e com os docentes que tiveram interesse em participar das atividades propostas, através do preenchimento do questionário *on line*.
- Houve submissão à Plataforma Brasil, aos Comitês de Pesquisa da FAMED/UFRGS e de Ética da UFRGS, com os respectivos pareceres consubstanciados anexados (Anexos E e F).
- Foi preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE digital pelos docentes participantes da coleta de dados *on line* (Anexo A).
- Foi preenchido documento de autorização da Direção Geral da instituição para o desenvolvimento do projeto no local (Anexo B).
- Foi preenchido o Termo de Anuência para Utilização de Dados (Anexo C) pelo coordenador de assistência estudantil do campus onde foi realizada a pesquisa.
- Foi preenchido o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Anexo D), pelos pesquisadores responsáveis.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

O público avaliado foi constituído por 80 estudantes (35 do gênero feminino e 45 do gênero masculino), com idades entre 13 e 21 anos. Destes, 43 são moradores no alojamento do campus (internos), e a grande maioria dos estudantes é oriunda da cidade de Alegrete (38) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1– Turmas e gênero de estudantes dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

TURMAS	VARIÁVEIS				IDADE MÉDIA
	GÊNERO				
	FEMININO	MASCULINO	FEMININO	MASCULINO	
	n	%	n	%	
1A*	12	75	4	25	15,37
1B*	10	55,5	8	44,5	15,11
1C*	9	42,85	12	57,15	15,48
1D*	14	56	11	44	15,16
TOTAL	45	56,25	35	43,75	

* primeiro ano do ensino médio, turmas A, B, C e D.
Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2- Estudantes internos ou não, por cidade de origem, dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

CIDADE DE ORIGEM	INTERNOS		NÃO INTERNOS
	FEMININO	MASCULINO	
ALEGRETE	3	6	29
BARRA DO QUARAÍ	0	1	0
ITAQUI	4	3	0
LIVRAMENTO	2	2	0
MANOEL VIANA	1	1	4
QUARAI	4	2	2
ROSÁRIO DO SUL	1	1	0
SÃO BORJA	1	1	0
SÃO FCO DE ASSIS	0	0	1
TUNAS	0	4	0
URUGUAIANA	1	5	1
TOTAL	17	26	37

Fonte: dados da pesquisa.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

6.2.1 Parâmetros Antropométricos

O IMC é um método preditivo para avaliação do estado nutricional, e expressa a relação entre peso e estatura utilizando-se de fórmula específica (peso (kg)/altura (m) ao quadrado). É válido para crianças, adolescentes, adultos e idosos, porém para cada grupo etário há pontos de corte diferentes para classificar o estado nutricional. É muito utilizado para definir o excesso de peso em crianças e adolescentes, com a vantagem de ser usado em todas as fases da vida (POZZA, 2016).

Então sobrepeso e obesidade foram definidos mediante o índice de massa corporal, adotando-se os critérios para sexo e idade sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – Curvas de Escore Z, de cinco a dezenove anos de idade. No gênero feminino, as prevalências de sobrepeso e obesidade encontradas foram de 20% e 11,4%, respectivamente, enquanto que no gênero masculino, 17,8% e 2,2% (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição dos resultados referentes às variáveis PESO, ALTURA, IMC e PA por GÊNERO dos estudantes dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

VARIÁVEL	MÉDIA		DESVIO PADRÃO		n		%		TOTAL
	F	M	F	M	F	M	F	M	n
PESO	62,5	66,87	17,08	11,04	-	-	-	-	-
ALTURA	1,61	1,72	0,06	0,06	-	-	-	-	-
IMC	24,26	22,54	6,10	3,16					
BP					4	5	11,4	11,1	9
N					20	31	57,2	68,9	51
SP					7	8	20	17,8	15
O					4	1	11,4	2,2	5
PA									
NORMAL					33	40	91,7	90,9	73
PRÉ-HIP					2	4	5,5	9,1	6
HIPERT					1	0	2,8	0	1

LEGENDA:

n: público avaliado

F (Feminino); M(Masculino)

IMC (Índice de Massa Corporal); BP (Baixo Peso); N(Normal); SP (Sobrepeso); O (Obesidade)

PA (Pressão Arterial); PRÉ-HIP (Pré-hipertensão); HIPERT (Hipertensão)

Fonte: dados da pesquisa.

Considerando a totalidade de estudantes avaliados, de 13 a 21 anos (sendo somente um estudante acima de 18 anos = 21 anos, e um estudante abaixo de 14 anos = 13 anos), foi encontrada uma prevalência de 18,75% de sobrepeso e 6,25% de obesidade. Bergmann et al (2009) encontraram prevalência de sobrepeso e obesidade de em torno de 20% em crianças e adolescentes no RS, enquanto que Terres et al. (2006, apud BERGMANN et al., 2009) encontraram prevalência de sobrepeso e obesidade de 20,9 e 5%, respectivamente, em adolescentes de Pelotas/RS.

Comparando os resultados dos estudos com os dados da pesquisa, não há uma diferença significativa de prevalência entre eles. No entanto, se comparados os dados encontrados por gênero, tem-se uma significativa prevalência de obesidade no gênero feminino (11,4%) comparado ao masculino (2,2%). Sabe-se que sobrepeso e obesidade caracterizam-se pelo acúmulo de gordura corporal causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física, e que os fatores genéticos desempenham papel importante na determinação da suscetibilidade do indivíduo para o ganho de peso, porém são os fatores ambientais e de estilo de vida, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, que geralmente levam a um balanço energético positivo, favorecendo o surgimento da obesidade. Nesse caso, o que pode explicar essa significativa diferença, considerando a idade média de 15 anos dos estudantes, é que os estudantes do gênero masculino são mais ativos e propensos a atividades físicas que as estudantes do gênero feminino nessa idade, apesar de ser percebido que a preocupação com a imagem corporal é mais representativa em se tratando de excesso de peso no gênero feminino, pois havia uma preocupação quando da avaliação antropométrica de não se divulgar publicamente o peso aferido daquelas estudantes que aparentemente estavam com ele acima do ideal. Já entre os estudantes do gênero masculino, a preocupação da maioria estava com a aferição da estatura, sendo que os estudantes com estatura mais baixa não queriam dizer aos colegas qual era o valor. Rato (2014), em estudo com adolescentes e pré-adolescentes portugueses com IMC normal e aumentado, e média de idade de 13,5anos, concluiu que existem diferenças de gênero tanto no grupo de jovens com excesso de peso, como no grupo de jovens não obesos, sendo os rapazes que apresentam valores de autoconceito superiores às moças. Refere que estes resultados são decorrentes da importância para atender a normas culturais de atração, beleza e magreza, sendo os maiores alvos as meninas, quer

pré-obesas e obesas, quer não obesas, que se traduzem em sentimentos negativos de si mesmas e do seu corpo, e em baixa autovalorização, que conseqüentemente irão afetar seu autoconceito quanto a aparência física.

Os problemas de saúde associados com a obesidade incluem os psicológicos (baixa autoestima e alteração do autoconceito, afetando os relacionamentos interpessoais, além de depressão, distúrbios alimentares, imagem corporal distorcida), problemas sociais (preconceito, discriminação, agressão, *bullying*) e culminam na associação de obesidade central, resistência à insulina, hipertensão e dislipidemia, que caracterizam a chamada síndrome metabólica (COSTA et al., 2009). Também se associam osteoartrite, alterações de pele, distúrbios músculo-esqueléticos e alguns tipos de câncer, entre outras disfunções crônico-degenerativas. Alguns estudos apontam também que mulheres obesas na adolescência demonstram ter menores níveis de escolarização, são mais frequentemente solteiras ou divorciadas e possuem renda per capita menor na idade adulta (KIESS et al, 2001 apud GUEDES et al., 2006).

Os dados mostram que existe uma urgente necessidade de implementar programas de intervenção educacional direcionados à promoção da prática de atividade física e de hábitos dietéticos adequados, pois se estima que adolescentes com excesso de peso tenham 70% de chance de se tornarem adultos com sobrepeso ou obesos (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001 apud INCA, 2002-2003). Esses dados preocupam ainda mais, pois trazendo consigo a perspectiva de aumento dos adultos obesos no mundo todo, e o proporcional aumento das morbidades e comorbidades associadas à obesidade, demonstram que os esforços realizados para controle e redução do peso das populações não está funcionando, o que reforça a necessidade de investimento em políticas públicas para melhorar o controle. Um estudo limitado (segundo a própria autora), mas interessante, feito por Dias et al. (2016), relacionando IMC, competência social e alterações de comportamento, apontou alterações de comportamento nas crianças com excesso de peso, num resultado semelhante ao de vários outros estudos citados. O estudo sugere também que problemas de comportamento de cuidadores influenciem o IMC das crianças. Tudo isso indica a necessidade de abordar os problemas de comportamento, tanto de cuidadores como de crianças, nas intervenções que visam tratar o problema do excesso de peso, sugerindo que o trabalho com crianças e pré-adolescentes obesos (ou com IMC alto) deve também

levar em consideração aspectos psicológicos e comportamentais que podem estar associados. A família influencia na adoção de comportamentos relacionados à saúde, pois se constitui no primeiro ambiente de aprendizagem das crianças e adolescentes, transmitindo valores, crenças e hábitos que poderão promover a saúde de seus componentes ou, ao contrário, aumentar sua vulnerabilidade. Na avaliação da associação de comportamentos de risco à saúde entre os pais e adolescentes em um município brasileiro de pequeno porte, os resultados concluíram que o estado nutricional dos pais não mostrou associação com a prevalência de sobrepeso e obesidade nos escolares, enquanto o estado nutricional das mães relacionou-se com tal desfecho. Os indivíduos pertencentes a famílias com renda mensal per capita $\geq 0,25$ salário mínimo, filhos de mães com escolaridade ≥ 4 anos de estudo, com acesso a melhores condições de saneamento básico e de posse de todos os bens de consumo investigados apresentaram maior prevalência de sobrepeso e obesidade (RAPHAELLI et al., 2011),

Portanto, informações quanto às prevalências de sobrepeso e obesidade em populações jovens podem se tornar importantes preditores associados ao bem estar e à saúde presente e futura, oferecendo substanciais implicações para os programas de intervenção (GUEDES et al., 2006).

Costa et al. (2009) estabeleceu ainda que o IMC apresenta uma boa correlação com o perfil pró-aterosclerótico de crianças e adolescentes, e a importância está na comprovação de que fatores de risco cardiovasculares (sobrepeso/obesidade, aumento da pressão arterial e anormalidade lipídicas e glicêmicas) estão associados com aumento do risco de aterosclerose em adultos, a chamada Síndrome Metabólica. Eles concluíram que o **excesso de peso avaliado pelo percentil do IMC** foi associado ao aumento de PA, triglicérides, índice HOMA-insulino resistente, e HDL – colesterol baixo, o que configura um perfil pró-aterosclerótico em crianças e adolescentes.

6.2.2 Pressão Arterial

Pelo critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido. Já a prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar de 1-2% a 13%, sendo

obrigatória a medida anual da pressão arterial a partir dos três anos de idade. Além da avaliação habitual em consultório, recomenda-se a medida rotineira da PA no ambiente escolar (BRASIL, 2006).

Os valores limites de pressão arterial normal para crianças e adolescentes de 1 a 17 anos constam de tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o indivíduo se encontra. As crianças são classificadas de acordo com as tabelas que possuem os pontos de corte dos percentis 90 e 95 da PA para cada sexo e idade, e dos percentis 5, 10, 25, 50, 75, 90 e 95 de estatura. Classifica-se primeiramente o percentil de estatura e após verifica-se a PA correspondente a este indicador.

Atenção especial deve ser dada à presença de fatores de risco cardiovascular associados, que representam importante alvo para medidas de prevenção primária.

Quadro 5 – Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes

CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	DEFINIÇÃO
NORMAL	PAS e PAD em percentis* <90.
PRÉ-HIPERTENSÃO	PAS e/ou PAD em percentis* >90 e <95 ou sempre que PA >120/80mmHg.
HIPERTENSÃO	ESTÁGIO I PAS e/ou PAD em percentis* entre 95 e 99 acrescido de 5 mmHg. ESTÁGIO II PAS e/ou PAD em percentis* >99 acrescido de 5 mmHg.

*Para idade, sexo e percentil de altura.

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

A mensuração da pressão arterial (PA) busca detectar precocemente um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, que é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Com a caracterização da importância da HAS na criança, muitas dúvidas surgidas foram respondidas pelos Relatórios da *Task Force on Blood Pressure Control in Children* (de 1987 o último), e a partir daí foram definidos conceitos básicos que não têm se alterado por anos:

- a) a PA na criança é menor que no adulto e aumenta gradualmente na primeira e segunda décadas de vida;
- b) o diagnóstico de HAS na criança é definido a partir de níveis pressóricos menores que no adulto, mas capazes de determinar lesões futuras em órgãos-alvo;
- c) quando a HAS é grave o suficiente para requerer medicação, normalmente ela é secundária a alguma patologia.

Para melhor tabulação de dados, a variável pressão arterial foi categorizada como normal (1), pré-hipertensão (2) e hipertensão (3), conforme os valores verificados para cada estudante, e ficou distribuída conforme a tabela abaixo:

Tabela 4 - Distribuição das categorias de PA por gênero e por turmas de estudantes dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

GÊNERO	FEMININO			MASCULINO			
	PA	N*	PRÉ-H*	H*	N*	PRÉ-H*	H*
Turmas							
1A		4	0	0	11	1	0
1B		9	0	0	9	0	0
1C		11	1	0	8	1	0
1D		9	1	1	12	2	0
**F. absol. (n)		33	2	1	40	4	0
**F. rel. (%)		41,25	2,5	1,25	50,0	5,0	0

LEGENDA:

*PA (Pressão Arterial); N (Normal); PRÉ-H (Pré-hipertensão); H (Hipertensão)

**F. absol. (Frequência absoluta); F.rel. (Frequência relativa)

Fonte: dados da pesquisa.

Na análise dos dados, percebe-se uma predominância dos valores normais em ambos os gêneros, sendo que das estudantes avaliadas no gênero feminino, 40% tem valores considerados normais, e 51,25% do gênero masculino. Foi

diagnosticada uma estudante hipertensa (1,25%) do gênero feminino, e somando-se estudantes de ambos os gêneros teve-se 7,5% de pré-hipertensos.

Identificando os estudantes pré-hipertensos e hipertensos, se tem dados que se inter-relacionam:

Tabela 5 - Identificação da condição nutricional, gênero, idade e cidade de origem dos estudantes pré-hipertensos e hipertensos dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

ESTUDANTE	PA	GÊNERO	IDADE	IMC*	CIDADE ORIGEM
A8	PRÉ-HIPERT	M	16	SOBREPESO	ALEGRETE
C7	PRÉ-HIPERT	M	15	NORMAL	ALEGRETE
C20	PRÉ-HIPERT	F	17	SOBREPESO	QUARAÍ
D5	HIPERT	F	18	OBESIDADE	M. VIANA
D12	PRÉ-HIPERT	M	14	NORMAL	SÃO BORJA
D25	PRÉ-HIPERT	F	17	OBESIDADE	QUARAÍ
D33	PRÉ-HIPERT	M	15	NORMAL	ALEGRETE

*IMC – Índice de Massa Corporal
Fonte: dados da pesquisa.

Ferretti, Fisberg e Cintra (2012), num estudo retrospectivo realizado em São Paulo com amostra significativa de adolescentes de 10 a 18 anos, correlacionando estado nutricional e pressão arterial, evidenciaram que os adolescentes com excesso de peso apresentaram maiores percentis de pressão arterial, tanto sistólica quanto diastólica, sendo que todas as correlações de pressão arterial sistólica e diastólica, em valores absolutos e em percentis, com índice de massa corporal foram significativas, MAS “os adolescentes eutróficos também apresentaram alterações importantes das cifras pressóricas”. O estudo de Sagrillo Júnior et al. (2016), também com o objetivo de verificar possíveis associações entre a hipertensão arterial e sobrepeso em crianças e adolescentes, concluiu que “quando relacionada a classificação da pressão arterial com a classificação do IMC, foi identificada associação estatisticamente significativa entre hipertensão e presença na zona de risco à saúde de IMC, bem como pressão arterial considerada normal e presença na zona saudável de IMC”. Então, o sobrepeso e a propensão ao desenvolvimento de

HAS estão significativamente relacionados, como também demonstram os dados obtidos na presente pesquisa.

Dados importantes para essa faixa etária são encontrados no ERICA (Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes), primeiro estudo brasileiro com representatividade nacional a estimar a prevalência de hipertensão arterial aferida em adolescentes, 55,4% do sexo feminino, com média de idade 14,7 anos. Os resultados mostraram que a prevalência de hipertensão arterial foi 9,6%, sendo as mais baixas medidas observadas nas regiões Norte e Nordeste (8,4%) e a mais alta na região Sul (12,5%). A prevalência de obesidade foi 8,4%, mais baixa na região Norte e mais alta na Sul. As prevalências de hipertensão arterial e obesidade foram maiores no sexo masculino. Adolescentes com obesidade tiveram prevalência de hipertensão arterial mais elevada (28,4%) do que aqueles com sobrepeso (15,4%) ou eutróficos (6,3%). A fração da prevalência de hipertensão arterial atribuível à obesidade (17,8%) mostrou que cerca de 1/5 dos hipertensos poderiam não ser hipertensos se não fossem obesos (BLOCH et al., 2016).

Diversas revisões bibliográficas mostram que o índice de massa corporal, circunferência da cintura/abdominal, sobrepeso/obesidade, sedentarismo, histórico familiar de hipertensão, entre outros, são os principais fatores para o desenvolvimento da hipertensão arterial primária em crianças e adolescentes. Entre as medidas de prevenção da hipertensão arterial é primordial manter-se com peso ideal, ter hábitos alimentares saudáveis e praticar atividades físicas (PINTO et al., 2011; CORDEIRO et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

Durante o período da adolescência, há evidências de que a atividade física traz benefícios associados à saúde física, ao controle da pressão sanguínea e da obesidade (TASSITANO et al., 2007 apud PERES et al., 2015). É nesta faixa etária que acontecem várias mudanças, pois é o momento em que os adolescentes sofrem alterações no corpo devidas às alterações hormonais. Com a prática de atividade física nesta fase da vida, o adolescente terá maior facilidade para enfrentar os efeitos psicossociais desta fase de transição. Peres et al. (2015) citam Matsudo et al. (1998), afirmando que é importante que os hábitos de atividade física sejam adquiridos desde a infância para que possam influenciar nas outras fases da vida.

No estudo de Mello et al. (2014), que buscou identificar as possíveis associações entre excesso de peso e inatividade física em adolescentes escolares em uma cidade do RS, os resultados em geral indicaram não haver associação, no

entanto, após ajuste por sexo e idade o resultado passa a ter significância estatística e os adolescentes classificados como ativos passam a ter 41,5% menos chance de apresentarem excesso de peso quando comparados àqueles classificados como inativos. Já quando se busca identificar possíveis relações de dislipidemia com aptidão cardiorrespiratória e obesidade combinadas, em crianças e adolescentes, vê-se que a dislipidemia é mais prevalente naqueles do tipo inapto/sobrepeso-obesidade em comparação a meninos e meninas do tipo apto/abaixo do peso-peso normal, levando à conclusão que a prevalência de dislipidemia está diretamente relacionada à obesidade e baixos níveis de aptidão física cardiorrespiratória. (REUTER et al., 2016).

Peres et al. (2015) afirmam ainda que compreender melhor o nível de atividade física de escolares e os possíveis fatores sociodemográficos a ele associados é importante, pois a partir dessas informações é possível propor ações que incentivem a prática de atividade física regular, interferindo positivamente na qualidade de vida imediata e a longo prazo de escolares, e também poder oferecer substanciais contribuições para os programas de intervenção nessa faixa etária.

E ainda, sabe-se que é elevada a frequência de comportamentos de risco entre os adolescentes, e alguns são associados a fatores demográficos e sociais que aumentam a sua ocorrência. Numa estimativa da frequência de comportamentos de risco para a saúde e análise de potenciais fatores socioeconômicos associados em adolescentes (idades entre 14 e 18 anos) da rede pública de ensino de Minas Gerais, obteve-se como resultados que classe social menos favorecida e atividade física insuficiente foram associadas ao sexo feminino, e maior frequência de reprovação e envolvimento em luta corporal ao sexo masculino. A frequência dos comportamentos de risco e os fatores associados foram: 50% insegurança pessoal, 38% expostos ou envolvidos em situações de violência, 23,6% tristeza intensa ou ideação suicida, 5% uso do tabaco, 24,8% abuso de bebidas alcoólicas e 4,6% uso de drogas ilícitas, 24,8% não uso do preservativo, 61,2% baixo consumo de frutas e verduras e 32,8% atividade física insuficiente. Os fatores associados a comportamentos de risco foram reprovação, classe social, idade e auto percepção ponderal (PENA et al., 2016).

Considerando os adolescentes como vulneráveis, os subgrupos com elevado risco necessitam de atenção prioritária em saúde, para que programas de promoção à saúde na comunidade ou no ambiente escolar possam auxiliar na

modificação dessa realidade, enfocando aspectos que estimulem a alimentação mais saudável, prática de atividades físicas que sejam do interesse e agrado do grupo (incluindo atividades de lutas ou combates físicos para controle do excesso de energia ou mesmo a tendência à violência, nos adolescentes do gênero masculino) e orientações que enfoquem as consequências dos comportamentos de risco (drogas de abuso, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, velocidade, ...) e estimulem a saúde mental.

A adolescência, período de consolidação de hábitos e valores que tendem a permanecer na fase adulta, deve ser foco prioritário para ações de promoção da saúde e prevenção dos fatores de riscos relacionados às Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT (OMS, 2002-2003), destaque entre as principais causas de morte no Brasil.

6.2.3 Avaliação Odontológica

Do total de 68 estudantes avaliados (85% do total), 44% é do gênero feminino e 56% do gênero masculino, sendo que em torno de 13% realizou somente avaliação de saúde bucal sem necessitar qualquer intervenção ou conduta posterior, o que significa que tinham boa condição de saúde oral. 50% deles realizou limpeza da superfície dos dentes e 36,8% realizou restauração em um ou mais dentes. Na avaliação das profissionais do setor, isso pode ser considerado um resultado positivo, embora elas trabalhem com agendamento de todos os alunos para essa avaliação, e busca ativa na ausência para a avaliação agendada. Então, o percentual de alunos que não realizou avaliação odontológica (15%) se deu porque se recusaram a isso, e foram liberados pelos pais, se menores de idade.

Tabela 6 – Estudantes que realizaram ou não avaliação odontológica, por gênero e se em regime de internato, das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

	FEM*		MASC*		TOTAL		INTERNOS		NÃO INTERNOS		TOTAL
	n**	%**	n	%	n	%	n	%	n	%	n
SIM	30	85,7	38	84,4	68	85	37	88,4	31	83,8	68
NÃO	5	14,3	7	15,6	12	15	5	11,6	7	16,2	12
TOTAL	35		45		80		42		38		80

LEGENDA: FEM* (Feminino); MASC* (Masculino); n** (frequência absoluta); %** (frequência relativa)
Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 7 - Tipo de tratamento realizado nos estudantes avaliados, por gênero, das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

TRATAMENTO REALIZADO	GÊNERO		TOTAL
	FEMININO	MASCULINO	n
LIMPEZA	16	18	34
RESTAURAÇÃO	10	15	25
NENHUM	4	5	09
TOTAL DE AVALIADOS	30	38	68

Fonte: dados da pesquisa.

Considerando esses resultados, os dados podem ser explicados por Fernandes et al. (2016), que em avaliação de saúde oral de adolescentes, concluiu que “todos os adolescentes faziam uso da escova dental, 91,5% escovando de 2 a 4 vezes ao dia, porém, 49,3% dos indivíduos não fazia uso de fio dental, e 33,8% relataram utilizar enxaguatório bucal. Apesar de terem apresentado IHO-S (Índice de Higiene Oral Simplificado) satisfatório (55,2%), 97% dos pesquisados possuíam alguma alteração periodontal, sendo o sangramento a mais prevalente (85,6%), seguido do cálculo dental (42,8%)”. Então, provavelmente a baixa utilização do fio dental e de enxaguatórios bucais pelos adolescentes não permite uma higiene oral totalmente satisfatória, e a presença de cálculo dental em quase metade dos examinados faz da limpeza da superfície dos dentes uma necessidade, apesar da maioria dos participantes, de acordo com o IHO-S, ter apresentado um grau de higiene oral satisfatório.

Já em se tratando de reafirmar a necessidade e vantagem de ter esse tipo de profissional junto dessa população, realizando atividades de prevenção e assistência, um estudo de Ely et al. (2016) comprovou que jovens de áreas não cobertas pela ESB/ESF (Equipe de Saúde Bucal/Estratégia de Saúde da Família) tiveram quase a metade da perda de dentes dos adolescentes das áreas cobertas. Dos desfechos avaliados, apenas um foi estatisticamente significativo: adolescentes de municípios sem ESB/ESF têm uma média de dentes perdidos 36% maior do que jovens de municípios cujo modelo de atenção incluiu saúde bucal na ESF.

Do total de 11 estudantes encaminhados para avaliação e tratamento externo ao serviço da instituição (16,2% dos avaliados), a maioria era do gênero feminino (63,3%), e todos os encaminhamentos foram motivados pelo tratamento e

acompanhamento ortodôntico. Com certeza, nesses casos, a imagem corporal é um motivo mais significativo para as adolescentes do que propriamente a necessidade do tratamento preventivo de doenças por má oclusão dentária. Uma das muitas implicações da saúde oral na adolescência é, sem dúvida, a alteração da sua percepção corporal. Cada vez mais a melhoria da aparência se torna numa necessidade. As doenças orais têm consequências psicológicas, físicas e sociais na vida dos adolescentes. Um sorriso saudável favorece a autoestima, assumindo a saúde oral um importante destaque entre os fatores que influenciam esse indicador. A maioria dos adolescentes (86,38%) considera que dentes saudáveis e bonitos são importantes para a imagem corporal (BICA, 2016).

Tabela 8 – Tipo de tratamento realizado no encaminhamento externo dos estudantes das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

ENCAMINHAMENTO EXTERNO						
GÊNERO	SIM				NÃO	
	ORTODONTIA		EXODONTIA			
	n	%	n	%	n	%
FEMININO	7	63,6	0	-	23	40,35
MASCULINO	4	36,4	0	-	34	59,65
TOTAL	11		0	-	57	

Fonte: dados da pesquisa.

Na adolescência, aumenta o risco de cárie e doença periodontal e de seus possíveis impactos (dor de dente, dificuldades na mastigação e na higienização dentária), sendo indicado o uso associado desses indicadores aos clínicos para o melhor planejamento das ações de prevenção e cuidado. Em estudo realizado com 215 adolescentes escolares (15-19 anos) de um Instituto Federal de Educação para estimar sua condição de saúde bucal e verificar a existência de impacto na QVRSB (Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal), verificou-se 31,5% deles com necessidade de tratamento ortodôntico; 51,16% relatou desconforto cuja principal causa foi a posição dos dentes relacionado, sobretudo, às atividades de comer, higienizar a boca e sorrir, e a presença de cálculo dentário foi o agravo bucal mais prevalente (FILGUEIRA et al., 2016). Estes dados indicam que há necessidade de instituir ações de promoção e prevenção de saúde bucal, e que ações de baixo

custo, como a orientação de higiene bucal, podem reduzir muito as lesões dentárias e seu impacto nos adolescentes.

6.2.4 Avaliação Psicológica

Do total de 80 estudantes da instituição avaliados na pesquisa, 35 (43,75%) foram avaliados pelo setor de psicologia, e a maioria destes devido solicitação dos professores do estudante, de seus pais/responsáveis, ou devido a queixas ou sintomas identificados pelo próprio estudante. Como causas ou motivos da solicitação de avaliação, teve-se principalmente: falta de interesse ou problemas de rendimento em sala de aula (16 estudantes), e isto se refletindo nas suas avaliações escolares; 2 estudantes por conflitos ou dificuldades em suas relações familiares: 2 estudantes devido dificuldades em lidar com as questões de gênero em relação a si mesmos e/ou frente aos demais colegas e 1 estudante para acompanhamento devido diagnóstico psiquiátrico específico já em tratamento fora da instituição. Houveram também encaminhamentos por queixas de agressividade com colegas e de frequência em sala de aula, mas que após a entrevista de avaliação foram incluídos dentro das outras categorias de causas já descritas.

Com procura espontânea para avaliação psicológica teve-se 14 estudantes (40% dos avaliados no setor), que foram categorizados como nenhuma queixa, considerando-se que os problemas não envolviam desempenho em sala de aula e num primeiro momento aparentemente não se refletiam diretamente na convivência com professores, colegas ou conflitos familiares, mas envolviam questões mais pessoais dos estudantes, como relacionamentos amorosos, dificuldade de adaptação ao sistema de internato da instituição e isolamento da família, dificuldade na identidade de gênero, culminando em sintomas de ansiedade (taquicardia, dor no peito, sensação de sufocação, insônia) e/ou sintomas depressivos (desânimo, isolamento, choro).

Tabela 9 – Estudantes que realizaram (sim) ou não a avaliação psicológica, com sintoma ou queixa especificada, por gênero, das turmas dos primeiros anos do curso de ensino médio integrado Técnico em Agropecuária do Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA (MOTIVO/QUEIXA)	GÊNERO				TOTAL n
	FEMININO		MASCULINO		
	n	%	n	%	
RELAÇÕES FAMILIARES	1	6,7	1	5	2
SEXUALIDADE (GÊNERO)	1	6,7	1	5	2
AGRESSIVIDADE	0	0	0	0	0
FREQUÊNCIA EM AULA	0	0	0	0	0
INTERESSE/RENDIMENTO	8	53,3	8	40	16
DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	1	6,7	0	0	1
NENHUM MOTIVO	4	26,6	10	50	14
TOTAL REALIZARAM	15	42,85	20	57,15	35
TOTAL NÃO REALIZARAM	19	42,2	26	57,8	45
TOTAL	34	42,5	46	57,5	80

Fonte: dados da pesquisa.

Uma das questões que pode ser considerada de difícil adaptação aos estudantes da instituição é o fato de uma boa parcela deles, oriundos de outros municípios do estado e do país, ou mesmo do interior do município de Alegrete, e considerados vulneráveis socioeconomicamente, residem nos alojamentos do campus em regime de internato, o que causa uma mudança radical no seu ritmo de vida. Além de permanecer distantes de seu núcleo familiar um grande período do ano, sem condições de visitas frequentes às suas famílias, dividem quartos com pelo menos mais seis estudantes, têm seu dia-a-dia compartilhando sempre banheiros, local de refeições, salas de estudo e de recreação com outros adolescentes que, a princípio, lhes são totalmente desconhecidos e diversos em suas formas de ser e agir. E ainda, o campus tem a peculiaridade de ser de difícil acesso, com transporte coletivo limitado, fazendo com que a maioria lance mão de caronas à beira da estrada para se deslocar, ou fique isolado em períodos em que não exista a movimentação das atividades habituais do campus.

Então o setor de saúde e a coordenação de assistência estudantil da instituição sabem que, além de todos os fatores psicológicos e de comportamento

que envolvem a fase de adolescência, existem muitos fatores associados que se somam para dificultar a convivência, rendimento escolar e bem-estar desses estudantes.

Habitualmente as salas de aula são espaços onde os estudantes interagem com o professor e com os colegas, enfrentando desafios, dificuldades e tendo objetivos a atingir, que conduzem a situações de maior ou menor sucesso, desencadeando emoções várias que poderão afetar a aprendizagem, e serão somadas ou sofrerão influência de todas as outras externas a esse ambiente. Mata et al. (2015) conduziram um estudo em Lisboa/ Portugal, que procurou compreender as características das emoções na sala de aula e perceber o papel de variáveis contextuais, como o clima de sala de aula, ou pessoais como o desempenho escolar, o autoconceito e autoestima, na diferenciação dessas emoções. Emoções podem ser indicadores importantes das motivações e cognições subjacentes (MEYER e TURNER, 2006 apud MATA, 2015). Interações pouco calorosas, hostis, de rejeição ou coercivas na sala de aula, com os pares e/ou professores, minam sentimentos de segurança e aceitação, conduzindo a ansiedade e angústia tal como tem sido referido na literatura. A relação mais forte no estudo surgiu com a ansiedade, sendo esta negativa, mostrando haver uma tendência de autoestima mais elevada, ansiedade na aula menor, e vice-versa.

O campo da saúde mental na adolescência é relativamente novo, se comparado a outros campos da Psiquiatria. Por exemplo, até 1970, acreditava-se que a depressão em adolescentes fosse rara (BAHLS e BAHLS, 2002 apud PATIAS, 2016). Além disso, há no Brasil, uma escassez de serviços dedicados à promoção de saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente no setor público. Outros aspectos que dificultam o diagnóstico adequado é que muitos sintomas de depressão na adolescência confundem-se com comportamentos próprios do adolescente e nem sempre a depressão, nesse período de vida, manifesta-se da mesma forma que em adultos, embora sejam utilizados os mesmos sintomas para o diagnóstico.

Patias et al. (2016) adaptaram e validaram a *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form(DASS-21)* ou Escala para Depressão, Ansiedade e Estresse – Adaptada (EDAE-A), que é um instrumento de mapeamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse, para adolescentes brasileiros, e concluíram que a EDAE-A apresenta qualidades psicométricas favoráveis, mostrando-se um simples e

adequado instrumento de levantamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse para adolescentes brasileiros.

A literatura também mostra que sintomas depressivos são relacionados inversamente à qualidade de vida dos adolescentes, confirmando que a depressão a influencia negativamente. A promoção da autoestima, suporte social, cooperação, autonomia, integração familiar-afetiva e autoeficácia constituem fatores protetivos em relação à doença. Por outro lado, dentre os fatores principais para o aumento da depressão nesta população, destacam-se a depressão entre os pais, negligência, uso de substâncias psicoativas e abuso sexual na infância (COUTINHO et al., 2016). Os autores também destacaram a diferença entre a manifestação depressiva de adolescentes do sexo feminino e masculino, indicando que as meninas tendem a apresentar sintomas mais subjetivos (desânimo, raiva, solidão, angústia), maior preocupação com a popularidade, menos satisfação com o corpo e baixa autoestima. Enquanto que os meninos apresentam mais problemas de conduta, abuso de substâncias e sentimentos de repulsa e desconsideração.

Vários estudos já dão conta que programas de prevenção e tratamento devem levar em consideração que, para a maioria dos adolescentes, os sintomas de depressão e ansiedade se desenvolvem antes da transição do ensino secundário para o ensino médio, devendo-se dar atenção especial às jovens, pois elas apresentam mais sintomatologia. Na verdade, modificações físicas e mentais dessa fase, maior autonomia e expectativas acadêmicas mais exigentes – típicos da transição que segue o ensino secundário – podem trazer uma boa dose de ansiedade e incerteza. Ao fim da adolescência, as meninas têm duas vezes mais probabilidade de serem diagnosticadas com depressão do que os meninos e o nível de sintomas de ansiedade também é mais alto em meninas durante toda a adolescência, atingindo um nível de prevalência de 1,5 - 2 mulheres para um homem na idade adulta (GERMAIN e MARCOTTE, 2016). Portanto, mesmo que os anos do ensino médio não agravem sintomas de depressão e ansiedade, os autores enfatizam que mais de 10% dos alunos de ensino médio admitem ter um nível moderado ou alto de sintomas de depressão ou ansiedade. Esses dados ressaltam a importância da prevenção e da intervenção para auxiliá-los a limitar o impacto de tais sintomas em sua qualidade de vida e em seu dia-a-dia.

Quem habitualmente convive com adolescentes, muitas vezes também se depara com os comportamentos problema, que dificultam a convivência entre seus

pares, professores e mesmo seus familiares, pois os adolescentes costumam testar os limites impostos, contestar, e demonstrar algumas vezes de forma agressiva e opositora, a autoridade dos adultos sobre si. Na maioria dos casos se trata somente do comportamento questionador e em formação desses jovens, mas em outros pode se ter associados casos de maus tratos, situações traumáticas na infância, falta de atenção e cuidados por parte dos responsáveis e vários outros motivos causadores de sentimentos de rejeição ou não adequação, que irão refletir na formação da sua personalidade e capacidade de adaptação.

Carvalho e Novo (2014) realizaram um estudo transversal em Lisboa/Portugal, onde analisaram a relação entre os comportamentos problema ao nível da indisciplina, desrespeito e atitudes conflituosas dos adolescentes em contexto escolar, e a personalidade e psicopatologia. Participaram 351 estudantes do 9º ao 12º ano, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos.

Os resultados reforçam a relevância da personalidade na adaptação à vida escolar, bem como a importância da existência de técnicas de avaliação psicológica de forma a detectar, em contexto de normalidade, estudantes em risco de desenvolvimento de trajetórias inadaptativas. Os comportamentos problema dos estudantes podem expressar-se em diversas categorias, como o comportamento antissocial, problemas de conduta e perturbações de oposição ou indisciplina, os quais se incluem no domínio mais abrangente da externalização, isto é, do comportamento excessivo, problemático e de passagem ao ato (ACHENBACH, 1991; ACHENBACH e EDELBROCK, 1978 apud CARVALHO e NOVO, 2014). Verificaram ainda uma associação positiva entre o psicotização e comportamentos problema, o que ilustra que estes jovens têm maior tendência para apresentarem características de alienação social e da realidade, bem como comportamento bizarro e suspeito.

Ainda acerca disso, é interessante descrever um estudo que teve por objetivo discutir relações entre satisfação de vida, satisfação com a família e com as amigas e religiosidade em amostra de 420 estudantes (média de idade de 14,9 anos) de escolas públicas de Porto Alegre. Os resultados indicaram que adolescentes que relataram ter religião apresentaram maior satisfação de vida, bem-estar subjetivo (BES), satisfação com a família e com as amigas, com diferenças significativas. Então, religiosidade e satisfação com os relacionamentos interpessoais são fatores que podem atuar de forma positiva e incrementar a

percepção de satisfação de vida pelo adolescente (SILVA et al., 2017). Há evidências de que BES e religiosidade estão correlacionados, sendo essa última considerada como um saliente componente do primeiro entre adolescentes. A hipótese é de que a religiosidade possa agregar respeito e suporte social, além de propósito e significado para a vida, aspectos que podem contribuir para níveis mais altos na avaliação do BES (SILVA e SANTOS, 2013 apud SILVA, 2017). Algumas pesquisas têm encontrado também associação entre satisfação com a qualidade do relacionamento com a família e religiosidade em adolescentes. Os resultados destes estudos têm indicado que o envolvimento religioso familiar pode tornar os laços afetivos mais estreitos e minimizar os conflitos e desentendimentos, sendo também fator protetivo para comportamentos de risco na adolescência (VAN DER MEER SANCHEZ, DE OLIVEIRA, NAPPO, 2004 apud SILVA, 2017).

As pesquisas vêm demonstrando também que os jovens mais felizes mantêm relações mais positivas não somente com os pares, mas também com a família. Segundo Silva et al. (2017), a pesquisa de Souza e Duarte (2013), realizada com 116 adolescentes no centro-oeste brasileiro, também mostrou maior satisfação das meninas com as amigas e apontou que a satisfação com as amigas, com a família e com relacionamentos amorosos em conjunto está mais relacionada com BES do que uma dessas dimensões isoladamente. Destacaram que altos níveis de bem-estar na adolescência facilitam o desenvolvimento saudável do jovem em meio a um período de intensas transformações.

6.3 COMPONENTE II – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE

O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e a descrição das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável (Brasil, 1997c, p.61).

6.3.1 Caracterização sociodemográfica

Os docentes da instituição foram convidados a participarem de forma mais direta e envolvida nas atividades planejadas de promoção e prevenção de saúde a serem desenvolvidas junto aos estudantes, inicialmente respondendo ao questionário *on lines* estruturado que lhes foi encaminhado através de seus e-mails

institucionais. O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir do Google Drive, e retornou à pesquisadora anonimamente, sendo que todos os dados sociodemográficos dos participantes foram tabulados agrupados, com o único objetivo de conhecer quem são esses docentes interessados em trabalhar interdisciplinar e interprofissionalmente currículo integrado e temas transversais de saúde.

O questionário foi aplicado a partir da liberação do parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no mês de abril de 2017, sendo seus dados tabulados concomitantemente à recepção das respostas, e encerrou-se a tabulação dos dados em 07/05/2017. Nesse período, houve retorno de 31 docentes, representando 28,2% do grupo total da instituição, que é em torno de 110, que foram considerados os interessados, a princípio, em trabalhar de forma integrada os temas de saúde com os estudantes. Abaixo estão identificados os seguintes dados de identificação: gênero, faixa etária, curso de graduação, período em que encerrou a graduação, local de graduação e se tem ou não pós-graduação. E a última tabela se refere aos cursos/turmas para os quais os docentes dão aulas, na instituição (tabela 11).

Em linhas gerais, existe uma proporcionalidade entre os gêneros feminino (54,8%) e masculino (45,2%), estando mais da metade dos docentes participantes (54,8%) dentro da faixa etária entre 30 a 39 anos (Tabela 10).

Tabela 10 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* por IDADE e GÊNERO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

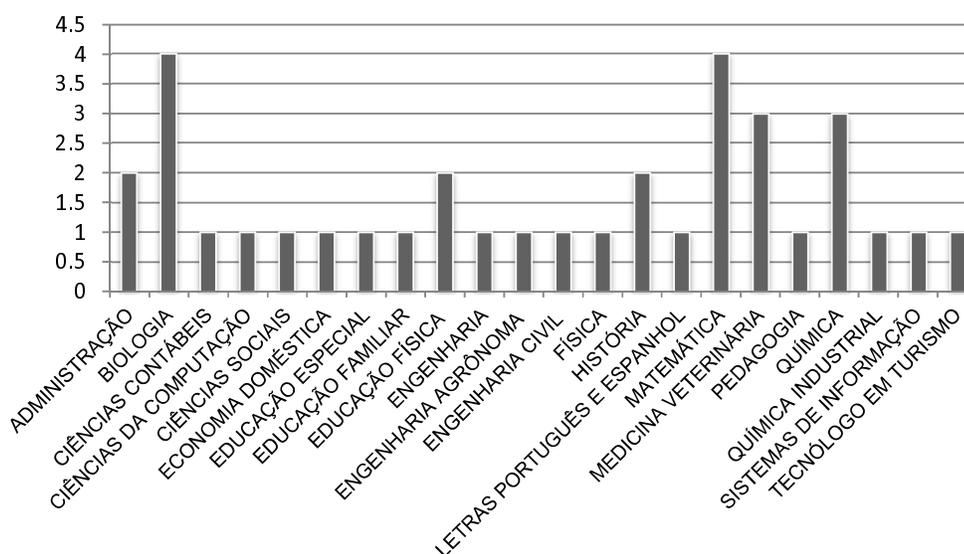
VARIÁVEIS	GÊNERO			FAIXAS ETÁRIAS (em anos)				
	F	M	TOTAL	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 ou +
Frequência Absoluta (n)	17	14	31	4	17	5	3	2
Frequência Relativa (%)	54,8	45,2	100	12,9	54,8	16,1	9,7	6,5

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação ao curso de graduação realizado pelos docentes participantes, houve mais representatividade dos cursos de Biologia, Matemática, Química e Medicina Veterinária, em ordem decrescente. Todos os demais cursos citados são representados por um docente formado (Gráfico 1). Quanto ao local de graduação,

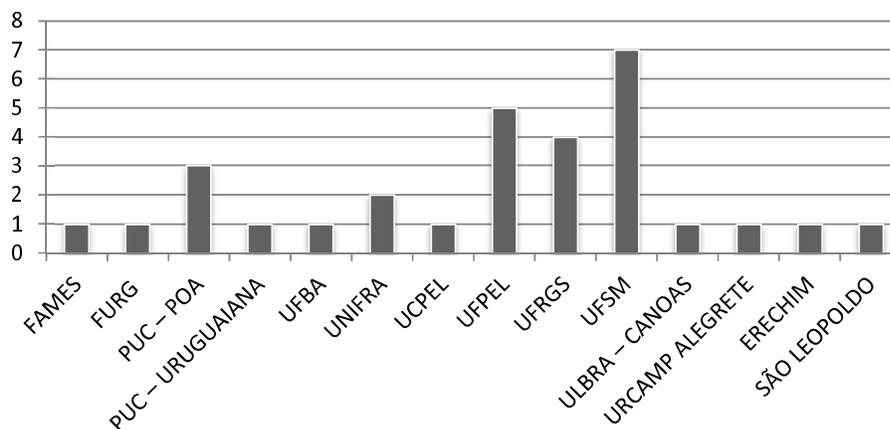
um número maior é formado na Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, e os demais, em ordem decrescente de quantidade, na Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e Pontífice Universidade Católica – PUC/Porto Alegre (Gráfico 2). Quanto ao ano de graduação, a maioria está incluída no período de 2000 a 2009 (Gráfico 3), formados no mínimo há 7 anos (e no máximo há 16 anos).

Gráfico 1 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* por CURSO DE GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).



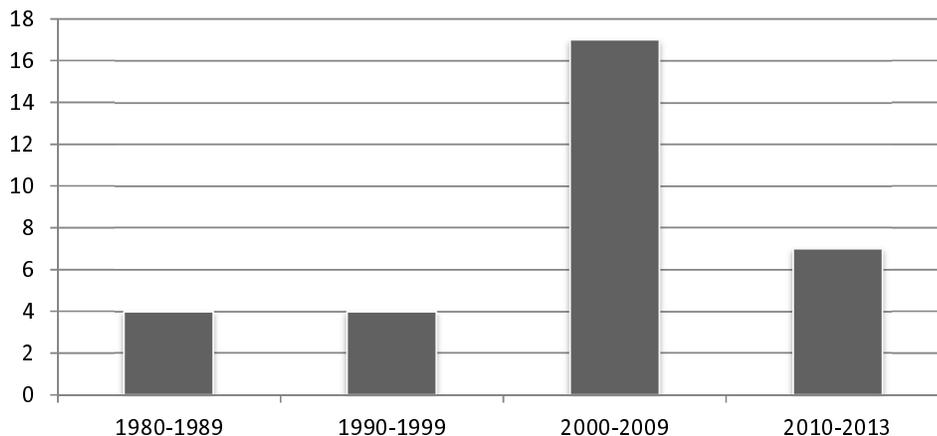
Fonte: dados da pesquisa.

Gráfico 2 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* por LOCAL DE GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).



Fonte: dados da pesquisa.

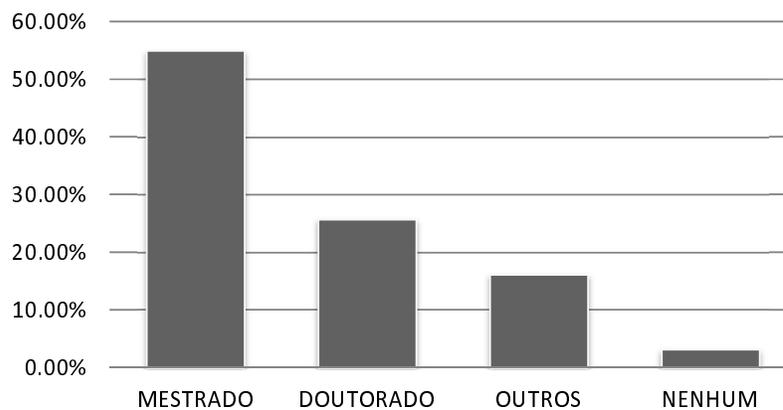
Gráfico 3 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* por PERÍODO em que encerraram a GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).



Fonte: dados da pesquisa.

Metade dos docentes participantes possui mestrado (54,9%), menos de um terço possui doutorado (25,8%) e 16,1% fez especialização. 3,2% dos docentes não realizou pós graduação (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* por terem cursado ou não PÓS-GRADUAÇÃO - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).



Fonte: dados da pesquisa.

Os docentes que responderam ao questionário lecionam em todos os cursos que a instituição oferece, nos diferentes níveis de ensino, conforme mostra a tabela 11, mas existe uma maior concentração nos cursos do nível médio integrado, nas licenciaturas e nos de tecnologia.

Tabela 11 – Identificação dos docentes que responderam ao questionário *online* conforme CURSOS/TURMAS em que lecionam - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

MÉDIO INTEGRADO		LICENCIATURA			BACHAREL ADO		TECNOLOGIA			PRJ	PRN	PG
TA	TI	BIO	MAT	QUI	ZOO	EA	AI	TG	ADS			
14	11	10	9	6	1	7	10	6	9	7	1	1

LEGENDA:

TA (Técnico em Agropecuária); TI (Técnico em Informática); BIO (Biologia); MAT (Matemática); QUI (Química); ZOO (Zootecnia); EA (Engenharia Agrícola); TA (Tecnologia em Agroindústria); TG (Tecnologia em Grãos); ADS (Análise e Desenvolvimento de Sistemas); PRJ (PROEJA); PRN (PRONATEC); PG (PÓS-GRADUAÇÃO em Gestão Escolar).

Fonte: dados da pesquisa.

Pela diversidade de dados encontrados, não se consegue determinar que suas formações, idades ou locais de graduação sejam especificamente os responsáveis por essa opção em trabalhar de forma curricular esses temas, exceto talvez os cursos que tenham um viés voltado à área da saúde, como Biologia, Educação Especial e Educação Física. Mas, na contramão, sabe-se que o Ministério da Educação, ao iniciar a formulação dos novos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) para o ensino, além de instituir as novas bases de cada disciplina, também faz emergir a proposta de implantação dos temas transversais, que contemplam as questões da ética, da pluralidade cultural, do meio ambiente, da saúde e da orientação sexual (BRASIL, 1996; 1997 apud MARINHO e SILVA, 2013), desenvolvidos tanto por disciplinas específicas quanto transversalmente ao currículo escolar. “A saúde passa a fazer parte do rol de conteúdos a serem desenvolvidos em sala de aula pelos professores - faz parte do currículo escolar” (MONTEIRO e BIZZO, 2015).

6.3.2 Interpretação do questionário semiestruturado

O questionário semiestruturado foi desenvolvido também para identificar o quanto os docentes da instituição sabiam sobre currículo integrado e temas transversais de saúde.

A análise do conteúdo de Bardin (2011), construída através de categorias e subcategorias de respostas, foi utilizada para as questões com respostas abertas (1, 2, 5, 7 e 10), e as demais (3, 4, 6, 8, 9, 11 e 12), que se utilizaram de escala de tipo Likert (ALLEN e SEAMAN, 2007), foram avaliadas pela distribuição de frequência em cada uma das respostas, onde cinco alternativas de resposta eram possíveis: NUNCA (1), POUCAS VEZES (2), ALGUMAS VEZES (3), MUITAS VEZES (4) e SEMPRE (5).

A priori, já existiam identificadas duas **categorias**, então: CURRÍCULO INTEGRADO e TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE. A categoria TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE gerou as seguintes **subcategorias**, também a priori, pois as questões usadas no instrumento de coleta de dados *online* foram objetivas e direcionadas às informações que a pesquisadora gostaria de coletar:

- a) **Temas de saúde em sala de aula:** qual o conhecimento que o docente tem do tema e se já trabalhou com ele; se acha que tem condições ou não de desenvolvê-lo sozinho e/ou que profissionais crê que poderiam auxiliá-lo na tarefa.
- b) **Quais temas de saúde e como:** sugestões dos docentes de quais temas seriam mais interessantes serem trabalhados com adolescentes, qual metodologia para desenvolver os temas e com que frequência.
- c) **Parceria com o setor de saúde:** se há ou não interesse dos docentes em associarem-se ao setor de saúde da instituição para o desenvolvimento dos temas.

Currículo Integrado

Essa categoria basicamente foi definida pelo entendimento que os docentes participantes tinham do tema.

O Currículo Integrado em educação busca uma visão articulada das disciplinas, saberes e ciências, com metodologias mais dinâmicas, mutáveis e

articuladas ao conhecimento e através de estratégias de integração que promovam reflexão crítica, síntese, análise e aplicação de conceitos voltados para a construção do conhecimento, incentivando o raciocínio, a problematização, o questionamento, a dúvida. Ele favorece e destaca vários conceitos em metodologia e educação que são essenciais à sua prática: interdisciplinaridade, contextualização, flexibilização curricular e articulação de conhecimentos.

O enfoque interdisciplinar favorece a abordagem de um mesmo tema em diferentes disciplinas, e a partir da compreensão das partes que ligam as diferentes áreas do conhecimento, ultrapassa a fragmentação do conhecimento e pensamento. A contextualização dá sentido social e político a conceitos próprios do conhecimento e dos procedimentos didático-pedagógicos, propiciando relação entre dimensões do processo didático (ensinar, aprender, pesquisar, avaliar). A flexibilização curricular promove a abertura para atualização e diversificação de formas de produção dos conhecimentos e para o desenvolvimento da autonomia intelectual, favorecendo a formação de cidadãos críticos e criativos conforme determinam as novas demandas sociais. E, por fim, com a articulação do conhecimento científico e saber do outro, o professor contribui para que uma visão sincrética, caótica e pouco elaborada do pensamento seja reelaborada numa síntese qualitativa/superior (SAVIANI, 1994).

Nessa linha de pensamento, aparece descrito sinteticamente em diversas falas abaixo, que se complementam:

“É um currículo em que as disciplinas conversam e seus conteúdos são trabalhados em todas as disciplinas da turma.”

“Um currículo em que as disciplinas básicas e técnicas se complementam para uma formação tanto teórica quanto prática para o aluno. Penso que visa encurtar a distância entre a teoria e a prática profissional.”

“Interdisciplinaridade, integração e diálogo entre as diferentes disciplinas.”

“Que está interligado entre as áreas de conhecimento e que ofereça uma formação integral aos discentes.”

“Os componentes curriculares trabalham juntos tentando explorar os temas comuns, em um projeto integrador.”

“Entendo que deve ser trabalhado por todas as disciplinas de forma unânime, em que uma faça parte (complementação) da outra, bem como nas disciplinas técnicas os alunos possa identificar os elementos que aprenderam nas disciplinas básicas.”

“Um currículo pensado no todo, e trabalhado de forma conjunta, integrada e dialogada por todos os docentes.”

“Para mim integrado quer dizer que envolve todo o conhecimento que possa ser adquirido pelo aluno, incluindo suas vivências fora da sala de aula.”

Da violência externa à escola à violência interna (desde agressões, *bullying*, assassinatos, prostituição infantil, menores vitimizados pela própria família, venda e consumo de drogas), e para além da obrigatoriedade que a caracteriza, a escola tem o desafio de reconhecer, cobrar de si mesma e efetivar o cuidado de introduzir em seu texto/contexto a letra “h”, afirmando assim sua possibilidade como o lugar de escol(h)a mediante a participação da comunidade escolar nos processos decisórios e, conseqüentemente, nos seus destinos: escola/escolha. Uma escolha sustentada pelo autocuidado, pela autonomia e pela criticidade, pilares da promoção de relações vinculares saudáveis (DINIZ et al, 2010), que estão contempladas nas novas diretrizes curriculares previstas.

Mas, mesmo considerando a importância do trabalho escolar na aquisição e mudança de hábitos, especialmente nos anos iniciais, os hábitos também estão muito relacionados aos contextos e condições de vida dos estudantes e suas famílias.

Temas Transversais de Saúde

Os Parâmetros Curriculares Nacionais são propostas detalhadas de conteúdos que incluem conhecimentos, procedimentos, valores e atitudes dentro de disciplinas, matérias e áreas articuladas em temas que se vinculam às várias dimensões da cidadania (componentes curriculares). Junto a esses componentes foram

introduzidos os Temas Transversais (saúde, ecologia, orientação sexual, ética e convívio social, pluralidade étnica, trabalho e economia), com a finalidade de abrir espaço no âmbito curricular.

Subcategoria (a) Temas de saúde em sala de aula:

Quando questionados sobre **o que entende por temas transversais de saúde**, pode sintetizar as respostas recebidas abaixo:

“São temas pertinentes à formação integral do educando. Fazem parte da vida de todo o cidadão, como por exemplo: DSTs, drogadição, etc.”

“Temas relevantes para a saúde da população e que as diferentes disciplinas podem transitar por eles, cada qual com sua contribuição.”

“São temas que ultrapassam um conteúdo específico, sendo importantes ao longo de toda a formação do indivíduo.”

“Entendo como os temas ligados à saúde que tenham vínculo com o conteúdo trabalhado na disciplina.”

“Temas que podem (e devem) ser trabalhados em qualquer (todas) disciplina e que são de interesse de todos, como prevenção a doenças e cuidados com a saúde.”

“Temas complementares que enriquecem um currículo comum.”

“Assuntos voltados para a promoção, prevenção e recuperação da saúde.”

“Quando um tema é usado como eixo de determinado trabalho, desenvolvido de forma ampla, envolvendo talvez, até toda a comunidade escolar, e não somente professores e alunos.”

“Esse tema perpassa muito minha atuação, pois como trabalho com a área de alimentos, a saúde está intimamente ligada, e é um tema que acredito ser primordial dentro das disciplinas e integralização do ensino. É necessário com urgência inserir mais esses temas em nosso dia-a-dia, não só com palestras pontuais, mas na nossa atuação diária e em nossos projetos, aulas práticas, etc.”

Quando questionados quanto a **trabalhar com esses temas em sala de aula**(tabela 12):

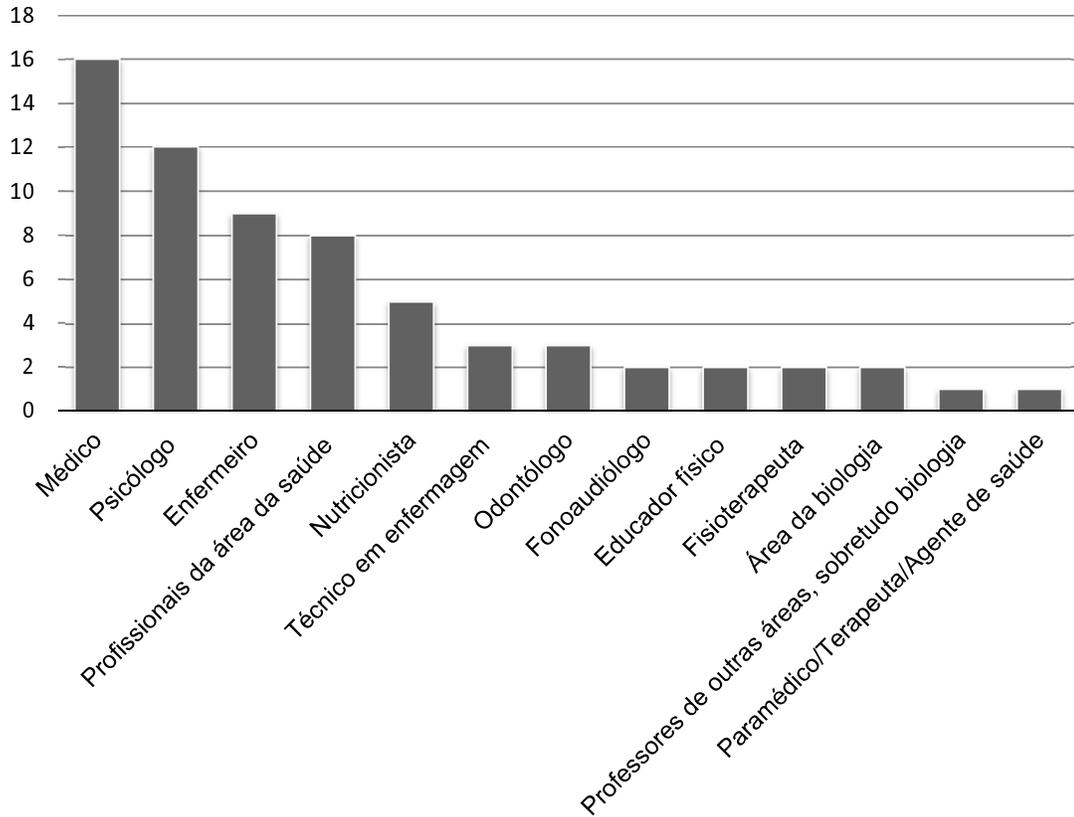
Tabela 12 – Respostas dos docentes ao questionário *online* com relação a TRABALHO EM SALA DE AULA COM TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE - Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

QUESTÕES 3, 4, 6 e 9 DO QUESTIONÁRIO ONLINE	NUNCA		POUCAS VEZES		ALGUMAS VEZES		MUITAS VEZES		SEMPRE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Já trabalhou em sala de aula com esses temas?	3	9,7	7	22,6	15	48,4	3	9,7	3	9,7
Se nunca trabalhou ou trabalhou pouco, trabalharia em sala de aula com esses temas?	0	0	1	3,2	11	35,5	10	32,3	9	29
Você se acha em condições/capacitado para desenvolver sozinho os temas de saúde em sala de aula?	9	29	8	25,8	7	22,6	5	16,1	2	6,5
Qual você acha que deveria ser a frequência para trabalhar esses temas de saúde em sala de aula?	0	0	0	0	18	58,1	11	35,5	2	6,5

Fonte: dados da pesquisa.

O médico foi o profissional mais citado quando solicitado aos docentes **que profissional(ais) da área da saúde poderia auxiliar a trabalhar temas de saúde em sala de aula**, seguido pelo psicólogo e enfermeiro. Alguns citaram profissionais da área da saúde, sem especificar quem. Também nutricionista, odontólogo e técnico de enfermagem foram lembrados. Talvez por serem todos profissionais que compõem o setor de saúde da instituição e estão presentes em seu convívio diário. Também foram citados educador físico, professor da área de Biologia e professores de outras áreas. Isso também pode ser explicado porque o campus possui profissionais docentes nas áreas de alimentos, segurança do trabalho, química, agricultura e zootecnia, afins a área da saúde (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Respostas dos docentes ao questionário online com relação aos PROFISSIONAIS DE SAÚDE citados para auxiliar a desenvolver temas de saúde em sala de aula – Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete - Alegrete/RS (2016).



Fonte: dados da pesquisa.

Subcategoria (b) Quais temas e como?

Os **temas de saúde** mais citados pelos docentes para serem trabalhados com estudantes/adolescentes **em sala de aula**, em ordem de frequência de aparecimento, foram:

1. Dependência química/drogadição; tabagismo.
2. Doenças Sexualmente Transmissíveis.
3. Sexualidade; transformações corporais.
4. Alimentação: hábitos alimentares, alimentação saudável e alternativa, efeitos da alimentação na saúde, transtornos alimentares.
5. Prevenção de doenças.
6. Higiene pessoal; cuidados com o corpo.
7. Atividade física; sedentarismo.

8. Gravidez; gravidez na adolescência.
9. Saúde mental; autoestima.
10. Depressão; transtornos mentais; ansiedade.

E também foram citados:

Saúde preventiva; estilos de vida saudável; sono.

Saúde Pública (políticas, saneamento básico, zoonoses).

Meio ambiente.

Saúde e Segurança do Trabalhador; Comunicação (oratória, uso da voz, etc.).

Gênero, Homofobia.

Preconceito.

Pessoas com deficiências (Acessibilidade).

Prevenção de doenças ou problemas ligados ao uso demasiado do celular.

Medicamentos: meio vida dos remédios; uso de medicação sem prescrição médica; funcionamento dos anticoncepcionais.

A questão que tratava da forma como os docentes gostariam **de trabalhar os temas em sala de aula** foi respondida por 41,9% deles preferindo a metodologia da PROBLEMATIZAÇÃO; 16,1% optando por TRABALHOS EM GRUPO, SEMINÁRIOS E RODAS DE CONVERSA; 35,5% preferindo todas as opções, inclusive AULAS FORMAIS e 6,5% marcando a opção OUTRAS metodologias. Nenhum deles optou por aulas formais como método único ou individualizado. Quando solicitado citarem **outras formas de desenvolver/trabalhar temas de saúde em sala de aula**, a maioria dos docentes entendeu que se deveria fugir das aulas formais ou mesmo do ambiente da sala de aula como única opção, pois *“currículo integrado não é só o que se passa em sala de aula“*, como transcrito nas sugestões recebidas abaixo:

“Depoimentos/testemunhos/relatos de pessoas que vivenciaram as situações em questão (drogas, discriminação e preconceito, problemas de saúde, deficiências): policial, gestante, ex-drogadito.”

“Utilizando jogos ou outras dinâmicas participativas: dramatizações (teatro), mesas redondas, documentários..., que os envolvam diretamente.”

“Formando grupos de apoio e discussão fora do período de aula.”

“Discussão apoiada em cinema, música, teatro, exposições e internet.”

“Em eventos institucionais, gincanas, semanas acadêmicas temáticas...”

“Através de atividades práticas, como oficinas, ou organizando cartilhas.”

“Campanhas e programas institucionais focados nos temas mais emergentes na realidade local.”

Uma das sugestões inclusive refere que existem muitas oportunidades para se introduzir o tema saúde, e que *“até uma palavra mal expressada pode abrir uma conversa para trabalharmos esses temas”*, ou mesmo *“situações problema vividas”*, desde que *“se mantenha sempre espaço para o diálogo com os estudantes”*. Alguns sugeriram a interação entre o formal e usual, e metodologias mais dialógicas entre disciplinas:

“De uma forma mais simples, com palestras para turmas delimitadas e assuntos específicos, ou de uma forma mais complexa, pensando em um trabalho interdisciplinar envolvendo várias disciplinas por um período maior”.

E também houve aqueles que mantiveram a preferência por formas conhecidas, e provavelmente seguras, de trabalhar *“intervenções em sala de aula”* e fora dela, com *“seminários, palestras”*.

Subcategoria (c): Parceria com o Setor de Saúde

As questões que se referiram ao interesse dos docentes na parceria com o setor de saúde da instituição, para o desenvolvimento dos temas de saúde junto aos estudantes, foram respondidas positivamente, conforme dados abaixo (tabela 13). Foi considerado, a priori, pelos pesquisadores que os docentes que responderam ao questionário a eles enviado o fizeram por terem interesse no compartilhamento das atividades propostas. Os que não se interessaram, e não responderam, provavelmente terão de ser mais/melhor motivados e sensibilizados para tal, sendo essa uma tarefa para o setor de saúde e os demais setores que coordenam a área de ensino na instituição.

Tabela 13 – Respostas dos docentes ao questionário online com relação à PARCERIA COM O SETOR DE SAÚDE do campus para desenvolver os TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE – Instituto Federal Farroupilha campus Alegrete – Alegrete/RS (2016).

QUESTÕES 11 e 12 DO QUESTIONÁRIO ONLINE	NUNCA		POUCAS VEZES		ALGUMAS VEZES		MUITAS VEZES		SEMPRE	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acha que o setor de saúde da instituição poderia ser parceiro para auxiliá-lo no desenvolvimento desses temas em sala de aula?	0	0	1	3,2	2	6,5	11	35,5	17	54,8
Tem interesse em compartilhar projetos na área com o setor de saúde da instituição?	0	0	0	0	11	35,5	7	22,6	13	41,9

Fonte: dados da pesquisa.

Segundo Monteiro e Bizzo (2015), apenas dois documentos oficiais, o Parecer 2.246/74 do Conselho Federal da Educação (de caráter obrigatório) e os Parâmetros Curriculares Nacionais (não obrigatórios), procuraram apontar concepções e perspectivas para o desenvolvimento dos temas relacionados à saúde no cotidiano escolar em todos os sistemas de ensino da educação básica. Esses documentos, é claro, são reflexo dos contextos sociais e políticos nos quais foram elaborados e refletem diferentes concepções de saúde e objetivos relacionados à inclusão dos temas de saúde no ambiente escolar. No entanto, há um debate ainda que se refere à definição de papéis e responsabilidades no planejamento e execução de programas de saúde escolar. Isto remete a três conceitos que podem e devem ser aprimorados e problematizados: intersetorialidade, interdisciplinaridade e participação. (CASEMIRO et al, 2014).

Mesmo com variadas possibilidades para promover a educação em saúde, o primeiro fator limitante é a formação do professor nos domínios da educação em saúde ser deficitária. Os conteúdos trabalhados em sala de aula acabam baseados no “bom senso” dos professores e, muitas vezes, em concepções equivocadas, prescrições de caráter doutrinário e preconceitos, fazendo com que a ideia de transversalidade traga o desafio da formação docente, algo que parece não ocorrer de maneira a contemplar a complexidade do tema nos cursos tanto de formação inicial quanto continuada de professores (MONTEIRO e BIZZO, 2015). Zancul e

Gomes (2011), analisando o currículo do Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas, da Universidade de Brasília (UnB), constataram que nenhuma disciplina trata realmente das questões de educação em saúde. Essa forma de estruturação curricular pode ser a origem da formação deficitária de professores para trabalhar com esta temática na escola. A alternativa de cursos de atualização para os professores se aperfeiçoarem é uma opção viável para minimizar essa dificuldade. Paralelo a isso, emergem outras barreiras como: falta de material didático, falta de apoio do ambiente familiar e escassez de recursos humanos (MARINHO e SILVA, 2013).

Na atenção integral ao desenvolvimento da criança e adolescente, as ações de saúde abrangem diferentes áreas do conhecimento, que podem e devem ser realizadas por técnicos com formação interprofissional e interdisciplinar; o que significa planejamento e supervisão de um trabalho coletivo inter e multiprofissional. Mas a formação dos profissionais de saúde em seus cursos de graduação se deu no espaço hospitalar, privilegiando o modelo de atenção individualizado e especializado, refletindo-se no modo como os profissionais de saúde se engajam com dificuldades nos modelos de atendimentos voltados para a saúde coletiva e, particularmente, para o modelo proposto pelo PSE de intervenção na escola (PENSO et al., 2013). As demandas escolares, no modo como elas são escutadas e compreendidas pelos profissionais da saúde, seguem ainda o modelo biomédico, focado em ações de saúde pontuais e de natureza mais curativas. É possível identificar que a abordagem centra-se no conceito de adolescência numa perspectiva do risco, e as publicações analisadas evidenciam a compreensão do processo saúde-doença de forma fragmentada, com pouca repercussão para uma atenção integral à saúde dos jovens. As evidências apontam para a necessidade de integração da saúde com outras políticas voltadas para os jovens, de diálogo com as produções acadêmicas sobre juventude para a melhoria das ações ofertadas a essa população e a incorporação desse referencial na área da saúde (HORTA e SENA, 2010).

Penso et al. (2013) revelam que existe uma grande dificuldade de integração entre os profissionais das áreas de educação e saúde. Os principais obstáculos concentram-se no excesso de burocracia, na falta de tempo, escassez e sobrecarga dos profissionais e o despreparo para construir ações integradas. O “conflito” quanto ao tratamento das questões nas suas competências específicas é evidente,

tornando necessária a realização de capacitações e treinamentos para os profissionais da área de educação, além de maior envolvimento dos profissionais da área da saúde, em especial fornecendo maior suporte aos educadores (MARINHO e SILVA, 2013). Nessa linha de descompasso entre saúde e educação, Assis e Jorge (2014) analisaram os currículos de Ciências - diversos trabalhos têm indicado que mesmo com a recomendação de uma abordagem transversal para o tema, na prática escolar a saúde continua centrada nas disciplinas de Ciências e Biologia - e os documentos oficiais do PSE, e concluíram que práticas que se estabeleçam no âmbito escolar em consonância com os serviços de saúde podem ser de grande valia.

Sob a concepção da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a promoção da saúde nas escolas compreende três componentes principais: a educação em saúde com enfoque integral; a criação de entornos saudáveis; e a provisão de serviços de saúde. Visando a integralidade do enfoque da saúde, ela propõe a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolvam pais, professores e comunidades (CERQUEIRA, 2006). E mais atualmente, os programas brasileiros de educação e saúde voltados aos jovens, como o Programa de Saúde do Adolescente (2008), implementado após o PSE e atualizado em 2016, propõem uma mudança estratégica de atuação, possibilitando ao jovem dispor de um conhecimento que lhe permitirá tomar decisões quanto à sua conduta, em lugar de ser submetido a valores e normas que o impedem de exercer seu direito de escolha na administração da própria vida (BRASIL, 2010). As Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde embasadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, lançadas em 2010, preconizam uma abordagem sistêmica das necessidades do público adolescente e instrumentalizam gestores e profissionais de saúde no processo de construção de estratégias visando à redução da vulnerabilidade dessa população, pelo fortalecimento da promoção da saúde dentro da estrutura que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece, incluindo a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a reorientação dos serviços de saúde para a atenção integral.

É impossível traçar qualquer diretriz com relação à assistência à saúde da criança e do adolescente em idade escolar sem entender essas questões. O desenvolvimento de ações e programas voltados à população jovem requer um olhar diferenciado à dimensão social e coletiva que envolve o cotidiano dos adolescentes. Abordar a adolescência apenas pelo paradigma biomédico reafirma essa invisibilidade e restringe práticas voltadas à promoção da saúde apenas ao caráter curativista de uma enfermidade já instalada ou a prevenção de agravos (CONCEIÇÃO e MACEDO, 2013).

Para encerrar, é interessante tomar conhecimento de duas iniciativas com resultados muito positivos, relacionadas à integração pretendida entre as áreas de saúde e educação, à luz de projetos como o PSE:

Tatibana et al. (2014) mostram a iniciativa do município de Londrina, que aderiu ao PSE em 2013 e trabalha em parceria com o Instituto Federal do Paraná (IFPR) numa proposta inovadora de trabalhar saúde, comprometida com a promoção da saúde e qualidade de vida, vinculada ao mundo do trabalho, ao cuidado à saúde e à referência a outros serviços, para que a própria comunidade possa assumir seu protagonismo de forma sustentável. O IFPR realiza ações com o PSE municipal, integradas com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A contribuição maior é fomentar a construção de redes de Educação Permanente em Saúde (EPS) na rede pública, incluídas no PSE, e promover mudanças estratégicas com foco no ambiente escolar, de forma a transformá-lo em ambiente favorável à saúde e ao bem-estar do escolar, professores e funcionários (criação de ambiente saudável). Além disso, contribui para a formação dos profissionais de saúde com perfil voltado às necessidades e às políticas de saúde do país e articulado com serviços de saúde e atividades de extensão, pesquisa e ensino.

Souza et al (2014) também descrevem um projeto que integra universidade - serviço de saúde - escola, no RJ. O projeto integra a UNIRIO (estudantes de enfermagem, medicina e nutrição, tutora acadêmica), rede de saúde (profissionais da ESF) e 06 escolas públicas municipais (alunos, pais e professores). A dinâmica com crianças e adolescentes permitiu conhecer percepções e dúvidas sobre saúde e as entrevistas com professores revelaram a percepção de que alunos são carentes de noções básicas de saúde e que a relação com drogas é uma realidade. Avaliações mostram que o projeto tem sido proveitoso devido ao potencial da tríplice parceria para formação profissional e humana dos universitários, para educação permanente dos profissionais de saúde, bem como pela reflexão da saúde no

ambiente escolar. A construção coletiva, intersetorial e interprofissional pede sensibilidade e flexibilidade para lidar com distintas realidades na integração de processos de trabalho.

Schall e Struchiner (1999) concebem que ao conceito de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (autorealização pessoal e afetiva), e sócio ecológico - comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza (MARINHO e SILVA, 2013).

7 CONCLUSÕES

Considerando o **objetivo geral** previsto, que era “implantar ações de educação em saúde no Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus Alegrete, baseadas no Programa Saúde na Escola”, considero que foi praticamente cumprido na integralidade, pois se realizou a ampla maioria das atividades previstas no componente I do PSE, pelo trabalho integrado do grupo que compõe o setor de saúde da instituição. E ainda, para que os temas propostos pelo componente II do PSE fossem desenvolvidos com a associação dos docentes da instituição, também em sala de aula, associados aos profissionais do setor de saúde, buscou-se a sensibilização e o estímulo para a participação destes através do questionário *online* autoaplicado, para posteriormente serem organizadas metodologicamente as formas de aplicação desses temas, que buscam a prevenção e promoção de saúde dos estudantes.

Quanto aos **objetivos específicos**:

- ✓ Verificou-se que as ações do PSE podem ser padrão institucional de atividades do seu setor de saúde, mantendo uma assistência à saúde do estudante mais ampla e qualificada, balizada por um programa público federal criado em bases científicas e epidemiológicas, pois algumas delas já eram desenvolvidas habitualmente no setor, e agora se somaram às propostas pelo programa.
- ✓ Avaliou-se positivamente a sensibilização e motivação dos docentes em relação à prática dos temas transversais em saúde e do Currículo Integrado em sala de aula, trabalhando de forma interdisciplinar e interprofissional, através da organização e planejamento de atividades integradas entre estes, as diferentes disciplinas e o setor de saúde do campus, pois um terço dos docentes solicitados a se manifestarem acenaram positivamente.
- ✓ Quanto a proporcionar maior socialização do funcionamento das redes de saúde do Sistema Único de Saúde a profissionais e estudantes (e famílias, por extensão), criando vias de colaboração entre a instituição, profissionais e o sistema de saúde local e/ou regional, por meio de contato direto e orientações necessárias através das demandas criadas pelas avaliações de saúde realizadas nos alunos ingressantes nas turmas determinadas, foram

mantidas as vias de contato entre o setor de saúde do campus e a ESF da localidade, para encaminhamentos de exames complementares, consultas especializadas, realização de vacinas e medicação, etc., além da orientação realizada às turmas do funcionamento do setor na instituição e da própria ESF: objetivos, formas de ação, atividades desenvolvidas, etc. Pode-se dizer também que há certa complementação de atividades entre o setor de saúde do campus e a ESF, pois a função basicamente assistencial ficou a cargo da estratégia criada pelo SUS, juntamente com as outras atividades que lhes são características, é claro, e o setor de saúde se ocupa principalmente com as atividades de prevenção e promoção de saúde do grupo de estudantes, identificando susceptibilidades, riscos, agravos, sinais e sintomas, e planejando , formas de enfrentamento em equipe, associado a alguns docentes, e mais recentemente aos estudantes.

8 PLANEJAMENTO E PERSPECTIVAS FUTURAS

Segundo Figueiredo et al (2010), as ações em saúde previstas no PSE, articulando a Saúde e a Educação, deverão considerar a integralidade do estudante, bem como acesso a ações educativas que lhe garanta educação permanente em saúde, através de uma cultura da prevenção no âmbito escolar, e pode-se ver que as ações de caráter assistencialistas estão expressas como forma de garantir os direitos dos escolares (MARINHO e SILVA, 2013). Programas de promoção da saúde pessoal ou intervenções no ambiente escolar potencializam o desempenho escolar de crianças e adolescentes, o que institucionalmente é extremamente desejável. E o trabalho conjunto de profissionais de educação e saúde permite ampliar o cuidado ao adolescente direcionando a assistência com base na visualização do sujeito em seus diversos ambientes de atuação enquanto ser social, além do PSE articular a promoção de saúde fora das instituições consideradas próprias de saúde (QUEIROZ, 2012).

Desse modo, é possível desenvolver ações mais focadas na promoção da saúde, em especial na atenção primária, onde o custo-benefício é muito positivo, e se pode (pre)ver os resultados do investimento de tempo, conhecimento e envolvimento precocemente. Mas não se deve somente investir **para** os jovens; é preciso ouvir, planejar, agir e avaliar **com** os jovens, apostar em seu poder de criação, de compreensão de suas necessidades e de execução de propostas diferenciadas. Os grupos de jovens são inúmeros e diversos entre si, mas trazem em comum a capacidade propositiva, questionadora e reflexiva. (HORTA e SENA, 2010). É importante destacar que qualquer atividade planejada conjuntamente em grupo ou equipe tem maiores possibilidades de êxito, e também por isso, numa próxima etapa, a escuta dos interesses dos próprios estudantes deverá ser feita, para que possamos contemplar outros temas ou áreas que não tenham sido ainda apontados e promover o protagonismo destes na direção de seus aprendizados e vivências.

A similaridade entre os públicos alvo e executores do PSE é o que dá mais legitimidade à sua proposta de implantação - utilizar um programa público (PSE) para otimizar e balizar a assistência estudantil em saúde e os programas de saúde nos institutos federais de ensino, articulando as instituições de ensino e os serviços públicos de saúde para maior especificidade e resolutividade nos encaminhamentos

dados às diversas questões que perpassam a (con)vivência com esse público. Mas, preponderantemente, por que não valorizar o empoderamento dos alunos enquanto sujeitos, dando-lhes acesso ao conhecimento para eles mesmos optarem por uma existência saudável?

Seguindo essa particularidade poderia também se almejar que, a partir da execução deste projeto de estudo, mais algumas perspectivas se abram, muito mais ambiciosas, para o futuro, tais como:

- a institucionalização de ações afins do Programa Saúde na Escola pelo Instituto Federal Farroupilha e pelas demais instituições federais de ensino com o perfil similar ao dele;
- a consequente alteração de alguns componentes do programa do MEC/MS, assim como sua ampliação para atender também o público discente adulto nos cuidados de prevenção e manutenção de saúde (doenças crônico-degenerativas, por exemplo), para adequá-lo à implantação em instituições federais de educação;
- a implantação de um currículo integrado, interdisciplinar, multi e interprofissional na instituição, associando profissionais de saúde e docentes, e incorporando os temas transversais de saúde à prática docente nas salas de aula, onde as experiências e vivências dos sujeitos (estudantes/docentes/profissionais de saúde) se somem ao conhecimento científico, num ciclo contínuo de ensinar-aprender; e, finalmente,
- a formação de cidadãos íntegros, detentores de conhecimento acerca de sua saúde e dos meios disponíveis para mantê-la, e que futuramente poderão modificar o contexto do local onde vivem, priorizando práticas preventivas e de hábitos saudáveis no cuidado próprio e dos que os cercam, tornando-se multiplicadores desse conhecimento e agentes transformadores de suas realidades. Em síntese, conseguir “ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas” (CAMPOS, 2003).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retorno ao meio acadêmico traz uma satisfação e uma sensação de pertencimento únicos, principalmente quando há uma identificação com a área escolhida e o grupo que a compõe. E conjuntamente se dá um processo de reestruturação pessoal mediado por muita reflexão.

Pessoalmente, o mestrado em Ensino na Saúde trouxe para mim a possibilidade de desenvolver mais a capacidade de visualizar o trabalho na área da saúde como integrado, colaborativo e humano, exigindo das pessoas que integram essa área profissional uma capacidade de trabalho em equipe inter e multiprofissional, valorização da socialização de saberes, quebra de paradigmas hegemônicos (difícil!) e responsabilização sobre todos esses processos. E todos esses conceitos vão de encontro à formação individual de graduação de cada um, infelizmente. Pode-se perceber que muitas das iniciativas integradoras e cooperativas de trabalho vistas nos diferentes ambientes de saúde dependem muito, ainda, das iniciativas e características pessoais inerentes a cada profissional, e não à sua formação.

Como profissional, o aprendizado trouxe consigo a responsabilidade em aplicar e estimular as práticas que facilitem o trabalho, reforçando as competências e habilidades para o melhor desempenho coletivo, e não só individual. E atuando em uma instituição de ensino essa responsabilidade acaba duplicada, pois a educação dialógica construída socialmente, onde o saber empírico e vivenciado do outro deve ser valorizado e agregado na própria forma de compartilhar conhecimento, é um desafio maior ainda. Junto a isso, houve o reconhecimento de algumas das dificuldades para a viabilização da educação em saúde na escola, como deficiências de direcionamento e continuidade das políticas públicas, dificuldades em tratar saúde como tema transversal em educação, deficiências na formação de professores e profissionais da saúde causando entraves na integração do trabalho entre estes, mudança no modelo de atenção à saúde do biomédico para o de promoção, etc.

Nas instituições, acredito ser responsabilidade de qualquer profissional/trabalhador, em qualquer área de atuação, colaborar para um desempenho mais eficiente, participativo e proativo, auxiliando no seu contexto

interno e no espaço externo onde se insere, e ainda nas relações interpessoais. Mas também deve ser responsabilidade da instituição/empresa proporcionar capacitação e atualização permanente às pessoas que dela fazem parte (Educação Permanente em Saúde é um conceito que deve ser praticado frequentemente), promovendo o conhecimento e desenvolvimento de habilidades relevantes para o seu desempenho – a noção de competências trouxe junto o conhecimento de que elas são construídas diariamente, no decorrer do desempenho profissional. Creio então que o campus Alegrete, e o Instituto Farroupilha por extensão, serão palco de um processo de construção diária de ações coletivas voltadas ao trabalho em equipe, integração interdisciplinar, desenvolvimento e capacitação permanente dos profissionais, valorização do saber individual, priorização de práticas preventivas e de hábitos saudáveis no autocuidado, todos conceitos e novas práticas aprendidas e solidificadas nessa trajetória. Um trabalho lento e desafiador, de convencimento e (re)internalização frequentes, mas uma maravilhosa perspectiva!

10 PRODUTO FINAL

PROTOCOLO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (SETOR DE SAÚDE - IFFAR/CA)

IDENTIFICAÇÃO:

NOME:.....
ANO/TURMA:.....ANO/TURMA:.....ANO/TURMA:.....
CURSO:.....
DATA NASC:...../...../..... IDADE:..... NATURALIDADE:.....
SEXO: () M () F COR: ESTADO CIVIL:
NOME PAIS: E
ENDEREÇO:.....
CIDADE: TELEFONE: ()
MORADIA: INTERNATO () PENSÃO () QUAL?.....
DATA DA TRIAGEM: ____/____/____

ANTECEDENTES FAMILIARES (PAIS, IRMÃOS, AVÓS, TIOS):

	NÃO	SIM	Pais	Irmãos	Avós	Tios
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA						
DOENÇAS CARDÍACAS (INFARTO, ANGINA...)						
DOENÇAS CÉREBRO-VASCULARES (DERRAME)						
DIABETES MELLITUS						
OBESIDADE, SOBREPESO						
DISLIPIDEMIAS						
RINITE/BRONQUITE/ASMA						
CONVULSÃO/EPILEPSIA						
ALTERAÇÕES/DISTÚRBIOS PSQUIÁTRICOS						
CÂNCER: _____						

ANTECEDENTES PESSOAIS PATOLÓGICOS:

ANEMIA: () SIM () NÃO () NÃO SEI
CICATRIZAÇÃO RUIM? () SIM () NÃO () NÃO SEI
HERPES/AFTAS: () SIM () NÃO () NÃO SEI
HIV OU OUTRA DST: _____ () SIM () NÃO () NÃO SEI
BRONQUITE ALÉRGICA/ASMA: () SIM () NÃO () NÃO SEI
ALERGIA A PENICILINA OU OUTRA MEDICAÇÃO? () SIM () NÃO () NÃO SEI

HEPATITE: _____ () SIM () NÃO () NÃO SEI
ALTERAÇÕES HEPÁTICAS () SIM () NÃO () NÃO SEI
ALTERAÇÕES RENAIAS () SIM () NÃO () NÃO SEI
ALTERAÇÕES CARDÍACAS () SIM () NÃO () NÃO SEI
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA () SIM () NÃO () NÃO SEI
DIABETES () SIM () NÃO () NÃO SEI
FEBRE REUMÁTICA OU OUTRAS ARTRITES? () SIM () NÃO () NÃO SEI
EPILEPSIA/CRISES CONVULSIVAS () SIM () NÃO () NÃO SEI

USA ÓCULOS OU LENTES? POR QUÊ?.....

MENARCA:..... ALTERAÇÕES MENSTRUAIS:.....

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

CIRURGIAS:.....

FRATURAS:.....

OUTRAS ALERGIAS:.....

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:.....

HOSPITALIZAÇÕES:.....

COMPORTAMENTO/HÁBITOS DE VIDA:

RESPIRA PELA BOCA? () SIM () NÃO () NÃO SEI
RANGE/APERTA OS DENTES? () SIM () NÃO () NÃO SEI
RÓI UNHAS? () SIM () NÃO () NÃO SEI
TOMA CHIMARRÃO? () SIM () NÃO () NÃO SEI
JÁ FOI AO DENTISTA? () SIM () NÃO () NÃO SEI
ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA:.....
JÁ FEZ ANESTESIA? () SIM () NÃO () NÃO SEI
USA FIO DENTAL? () SIM () NÃO () NÃO SEI
USA ESCOVA MACIA? () SIM () NÃO () NÃO SEI
JÁ TEVE ALGUM TRAUMATISMO DENTÁRIO? () SIM () NÃO () NÃO SEI
FUMANTE? () SIM () NÃO
QUANTO DURA UMA CARTEIRA?.....
CONSUME BEBIDAS ALCOÓLICAS? () SIM () NÃO
QUAIS E COM QUE FREQUÊNCIA?
FAZ USO DE DROGAS ILÍCITAS?
COME FRUTAS E VERDURAS HABITUALMENTE?.....COM QUE FREQUÊNCIA NODIA?.....
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA?.....COM QUE FREQUÊNCIA SEMANAL?.....
O QUÊ?

ANTECEDENTES DE SAÚDE GERAL:

TIPAGEM SANGÜÍNEA: () POSITIVO () NEGATIVO

VACINAS:

() ANTI-TETANICA DOSES:..... DATA:/...../.....
() GRIPE A DATA:/...../.....
() MENINGOCÓCICA DATA:/...../.....
() RUBÉOLA DATA:/...../.....
() HEPATITE B DOSES:..... DATA:/...../.....
() FEBRE AMARELA DATA:/...../.....
() HPV (MENINAS) DATA:/...../.....
() OUTRAS:
.....

ASPECTOS EMOCIONAIS:

CONVIVÊNCIA SOCIAL:

() NORMAL () ALTERADA: _____

SONO:

() NORMAL () ALTERADO: _____

RELAÇÕES FAMILIARES:

() NORMAIS () ALTERADAS: _____

MODELO DE FAMÍLIA _____

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS: () SIM () NÃO

JÁ FEZ PSICOTERAPIA: () SIM () NÃO

POR QUÊ? _____

SINAIS VITAIS (Triagem e controle):

DATA	PA (mmHg)	T (°C)	FC (bpm)	PESO (kg)	ALTURA (m)	IMC (kg/m ²)
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:

Data: ___/___/___ IMC: () BP () N () SP () O

Encaminhado para avaliação complementar () Sim () Não

Outras condições de risco associadas:

() Antecedentes familiares _____

() Antecedentes pessoais _____

() Comportamento/hábitos de vida _____

() Hipertensão _____

Data: ___/___/___ IMC: () BP () N () SP () O

Data: ___/___/___ IMC: () BP () N () SP () O

AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

Data: ___/___/___

Queixas _____

Resultado Escala de Snellen: OD () Normal () Alterado _____%

OE () Normal () Alterado _____%

Encaminhado para avaliação complementar especializada () Sim () Não

Orientações complementares _____

AVALIAÇÃO AUDITIVA

Data: ___/___/___ Tem queixas auditivas () Não () Sim

Se sim, descreva: _____

Otoscopia: OD () Normal () Alterado OE () Normal () Alterado

Outros testes: _____

OD () Normal () Alterado OE () Normal () Alterado

Conduta: _____

Orientações complementares: _____

EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO

Exame extra-oral:

.....

Exame intra-oral:

.....

Dente	M	O	D	V	P	Dente	M	O	D	V	L
28						38					
27						37					
26						36					
25 65						35 75					
24 64						34 74					
23 63						33 73					
22 62						32 72					
21 61						31 71					
11 51						41 81					
12 52						42 82					
13 53						43 83					
14 54						44 84					
15 55						45 85					
16						46					
17						47					
18						48					

LA	Lesão não cavitada ativa	CPI	Capecamento pulpar indireto
LI	Lesão não cavitada inativa	PUL	Pulpotomia
LCA	Lesão cavitada ativa	Em	Endodontia
LCI	Lesão cavitada inativa	Ei	Exodontia indicada
LCNC	Lesão cervical não cariiosa	A	Dente Ausente
RAm	Restauração de amálgama	S	Selante
RR	Restauração de resina	c	Cálculo
RI	Restauração de ionômero de vidro	Rz	Raiz dentária
RP	Restauração provisória	Ri	Restauração insatisfatória
CPD	Capecamento pulpar direto		

Avaliação ortodôntica – (anomalias, facetas de desgaste...)

.....

Plano de Tratamento:

.....

AVALIAÇÃO/TRIAGEM PSICOLÓGICA

CURSO: _____

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____

Curso: _____ Turma: _____

Apelido: _____

Interno () Quarto: _____ Semi-interno () Cidade: _____

Pensão () _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: _____

Dados Familiares

Mãe: _____

Óbito: () sim () não. Quanto tempo: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Pai: _____

Óbito: () sim () não. Quanto tempo: _____

Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Mora com padrasto: () sim () não. Relação () boa () ruim

Mora com madrasta: () sim () não. Relação () boa () ruim

Mora com quem: _____

Nº de irmãos / sexo / idades: _____

Pais: () casados () separados .

Reação do adolescente à situação: _____

Em caso de separação, o adolescente vive com quem? _____

Relação dos pais: () estável /tranquila () instável / conflituosa

Filho: () biológico () adotivo

Relação com o pai: () ótima () boa () difícil

Relação com a mãe: () ótima () boa () difícil

Relacionamento com os avós: () ótima () boa () difícil

Renda familiar é provinda de quem? _____

A casa onde mora é própria? _____

Apresenta dificuldade:

Na fala: ()N ()S Qual? _____

Na visão: ()N ()S Qual? _____

Locomoção: ()N ()S Qual? _____

Cognitiva: ()N ()S Qual? _____

Escolaridade:

Já repetiu alguma série? ()N ()S _____

Qual matéria tem mais dificuldade: _____

Onde estudava (ensino fundamental /médio): () cidade () zona rural

Recebe algum tipo de apoio (aula de reforço) quanto às atividades escolares?

()N ()S

Gosta do curso que faz? _____

Participa de alguma atividade extracurricular?

() Línguas Qual(is)? _____

() Esporte Qual(is)? _____

() Dança. Qual(is)? _____

() Instrumento musical. Qual(is)? _____

() Outra _____

Sociabilidade:

Faz amigos com facilidade? _____

Adapta-se facilmente ao meio? _____

Adaptação no alojamento / pensão (relações, regras, deveres) _____

Tem namorada(o)? _____

Tem vida sexual ativa? _____

Existe diálogo com familiares sobre sexualidade? _____

Distrações preferidas:

() televisão () música () leitura () coleções () internet () esportes

() videogame () ativ.agropecuárias () redes sociais () Outros.

Quais? _____

Atitudes sociais e emocionais predominantes, no momento:

() Choro fácil () Tendência ao isolamento () Sente-se triste

() Dependente () Envolvimento com polícia () Ansioso

() Agressivo () Gosta de se ver no espelho () Introspectivo

() Irritado () Inseguro

() Queixoso Religiosidade: _____

Antecedentes:

Já consultou com psicólogo(a): _____

Toma medicação controlada? _____

Traumas (acidentes, perda de familiares, cirurgias, doenças, “bullying”, violência doméstica...) ou outras ocorrências: N () S ()

O adolescente ou parentes próximos possuem:

(grau de parentesco, patologia, como foi realizado tratamento etc.):

() Problemas respiratórios

() Depressão

() Deficiência mental

() Alcoolista

() Usuário de drogas

() Fumante

() Suicídio

() Homicídio

() Homossexualidade

() Outros:

Obs.: _____

Neste momento há presença de (investigar em que situações específicas ocorrem e desde quando):

() Dificuldades na fala / gagueira

() Rói unhas

() Desesperos

() Medos

() Timidez

() Sudorese

() Convulsões / desmaios

() Fadiga / falta de energia

() Angústia

() Pensamentos suicidas

() Dor persistente:

() Problemas com o sono:

() Dificuldade de compreensão /
concentração

() Apresenta “rituais” nas atividades
diárias

() Tensão

() Alteração apetite

() Oscilação de humor

() Cacoete ou tiques

() Alteração pressão arterial

() Automutilação

O que pretende fazer quando terminar o curso que faz?

Observações: _____

Data: _____

Assinatura: _____

TEMAS TRANSVERSAIS DE SAÚDE

Áreas Temáticas (conforme Programa Saúde na Escola)

- Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável.
- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas.
- Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS.
- Prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas.
- Promoção da cultura de paz e prevenção das violências.
- Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

Planejamento didático de atividades com Temas de Saúde em grupos/sala aula

a) Conteúdos/Temas Sugeridos

Tema 1 Dependência química/drogadição.

Tabagismo/Alcoolismo/Outras Drogas de Abuso

Tema 2 Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Tema 3 Sexualidade; transformações corporais.

b) Desenvolvimento (metodologia, objetivos):

Atividades coletivas e por grupos.

Tema 1 Dependência química/drogadição

Tabagismo: (1º encontro – sala de aula)

Logística: notebook e Datashow.

Estudantes trazerem e trabalhar com as fotos educativas do verso das carteiras de cigarro, discutindo os porquês das imagens: abordar composição do cigarro, dependência química, riscos para a saúde do fumante.

Citar o Programa Nacional de Combate ao Tabagismo: como funciona e porque foi criado.

Enfocar o risco à saúde dos agricultores fumageiros.

Considerar também o largo uso de agrotóxicos na produção do fumo.

Alcoolismo: (2º encontro – auditório)

Logística: notebook, Datashow, microfone e som.

Depoimento de um ex-alcoólatra em tratamento e no AA: perdas, sentimentos, família e amigos, desejos/vontades, capacidades.

Condição de saúde atual, enfocando doenças associadas à dependência.

Outras Drogas de Abuso: (3º encontro – sala de aula)

Logística: notebook e Datashow.

Pesquisa e apresentação por grupos de estudantes sobre as principais (maconha, cocaína, crack, ..., e medicamentos que causam dependência), com fotos de identificação.

Enfocar de onde vem, como age, riscos devido ao consumo, perspectivas de futuro para o usuário.

Tema 2 Doenças Sexualmente Transmissíveis. (4º encontro – sala de aula)

Logística: notebook e Datashow.

Apresentação de Power Point sobre as principais, com sinais e sintomas para identificá-las e fotos das lesões. Enfocar brevemente tratamento e prognóstico.

Foco na prevenção.

Mostrar preservativos masculino e feminino, falar sobre e ensinar a usar, utilizando modelos anatômicos.

Tema 3 Sexualidade; transformações corporais. (5º encontro – sala de aula)

Logística: notebook, Datashow, som.

Mostrar filme sobre as fases de evolução física e emocional do ser humano (menina), como introdução.

Roda de conversa sobre dúvidas relacionadas ao tema, com perguntas previamente escritas (em uma das disciplinas integradas à atividade) e lidas em voz alta.

c) Público/Turmas:

Primeiros anos do nível médio integrado do curso Técnico em Agropecuária e Informática (05 turmas).

d) Tempo estimado/Duração:

40 a 60 minutos por tema, por turma (02 períodos)

Previsão de 05 encontros por turma, mas o tema Alcoolismo (depoimento) pode ser trabalhado com todas as turmas no mesmo momento.

e) Avaliação:

A cargo do/a docente da disciplina associada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABC DO SUS: DOCTRINAS E PRINCÍPIOS. MS, 1990. Disponível em:
http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf
- ALLEN, I. E.; SEAMAN, C. A. **Likert Scales and data analyses**. Quality Progress, 40(7), 64-65, 2007.
- ASSIS, Sheila Soares; JORGE, Tania Araújo. As doenças negligenciadas e a promoção da saúde: possibilidades e limites para a articulação entre os currículos de Ciências e o Programa Saúde na Escola (PSE). **Revista da SBEnBIO**, n. 7, p. 6853-6864, 2014. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/10627>. Acesso em 25. Fev. 2017.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: 70, 2011.
- BERGMANN, Gabriel Gustavo et al. **Índice de massa corporal: tendência secular em crianças e adolescentes brasileiros**. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. Vol. 11, n. 3 (2009), p. 280-285, 2009.
- BERGMANN, Gabriel Gustavo et al. **Sobrepeso e obesidade na infância e adolescência: possibilidades de medidas e reflexões sobre as propostas de avaliação**. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 16, n. 1, p. 62-69, 2012.
- BICA, Isabel. Percepção e Satisfação Corporal em Adolescentes e a Relação com a sua Saúde Oral. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 40, p. 115-131, 2016.
- BLOCH, Katia Vergetti et al. **ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros**. Revista de Saúde Pública, v. 50 (supl. 1), p. 9, 2016.
- BRASIL, DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE. Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, LEI 8.080/1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- BRASIL, LEI 11.892/2008: Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Disponível em:
www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11892.htm
- BRASIL, PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL. MEC, 2010. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/Link%20para:%20http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato20072010/Decreto/D7234.htm

BRASIL, PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. MEC, 2014-2024. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2014/Lei/L13005.htm

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. *Olho Mágico*, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARVALHO, Renato G.; NOVO, Rosa. Personalidade e comportamentos problema: um estudo comparativo com adolescentes em contexto escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, p. 64-70, 2014.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00829.pdf>.

Acesso em 25. Fev. 2017.

CERQUEIRA, Maria Teresa. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 33-9, 2006. 2007. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf#page=33. Acesso em 25. Fev. 2017.

CONCEPÇÃO E DIRETRIZES DO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA. MEC, 2008. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?gid%3D6691+option%3Dcom_docman%26task...&spell=1&sa=X&psj=1&ei=TefQVKfxNJKwsASB54LADQ&ved=0CBkQBSgA.

Acesso em 11 jan.2017.

CORDEIRO, Magliane Borges Lucero et al. Fatores de risco associados à hipertensão arterial primária em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 39-48, 2017.

COSTA, G.B. et al. **Índice de massa corporal apresenta boa correlação com o perfil pró-aterosclerótico em crianças e adolescentes**. *ArqBrasCardiol*. 2009.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 17, n. 3, p. 338-351, 2016.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **ArqBrasCardiol**; 95 (supl.1): p.1-51, 2010.

I DIRETRIZ DE PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. Suplemento VI, 2005.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE OBESIDADE 2009/2010 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

DUARTE, Elisabeth Carmen. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE, 2009) e a vigilância em saúde do escolar no Brasil: questões para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Sup. 2, p. 3021-23, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a04v15s2.pdf>. Acesso em 25. Fev. 2017.

ELY, Helenita Corrêa et al. Impacto das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro. Vol. 21, n. 5 (Maio), p. 1607-1616, 2016.

ELY, Luciane Ines. **Vivência Multiprofissional na Graduação em Cenários de Prática do Sistema Único de Saúde: a Potencialidade para a Educação Interprofissional**. Porto Alegre, 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, UFRGS, 2017.

FERNANDES, Liege Helena et al. Hábitos de Higiene Bucal e Condição Periodontal de Escolares Adolescentes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 37-42, 2016

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de et al. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2):397-402, 2010.

FILGUEIRA, Ana Cristina Gondim et al. SAÚDE BUCAL DE ADOLESCENTES ESCOLARES. **HOLOS**, v. 1, p. 161-172, 2016.

GERMAIN, Francine; MARCOTTE, Diane. Sintomas de depressão e ansiedade na transição do ensino secundário ao ensino médio: evolução e fatores influentes. **Adolescência e Saude**, v. 13, n. 1, p. 19-28, 2016.

GOI, Cintia Beatriz et al. Saúde escolar de adolescentes: incidência e prevalência de hipertensão arterial sistêmica. Ver *Enferm UFPE online*. Recife, 11(2): p.804-7, 2017.

GUEDES, Dartagnan Pinto et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes: estimativas relacionadas ao sexo, à idade e à classe socioeconômica. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v.20, n.3, p.151-63, jul./set. 2006

HARADA, Jorge et al. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I*. Departamento Científico de Saúde Escolar. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2005.

HORTA, Natália de Cássia; SENA, Roseni Rosângela de. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis (Rio J.)**, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010. Disponível em: 010373312010000200008. Acesso em 25. Fev. 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742011000400002&script=sci_arttext&lng=en. Acesso em 25. Fev. 2017.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros**. Seminário internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos, v. 2, p. 58-59, 2004.

MARINHO, Julio Cesar Bresolin; DA SILVA, João Alberto. **Conceituação da educação em saúde e suas implicações nas práticas escolares**. Ensino, Saúde e Ambiente, v. 6, n. 3, 2013. Disponível em: <http://ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/143/41>. Acesso em 25. Fev. 2017.

MATA, Lourdes et al. **Emoções em contexto acadêmico: Relações com clima de sala de aula, autoconceito e resultados escolares**. Análise Psicológica, v. 33, n. 4, p. 407-424, 2015.

MELLO, Júlio Brugnara et al. **Associação entre nível de atividade física e excesso de peso corporal em adolescentes: um estudo transversal de base escolar**. Rev Bras Ativ Fis e Saúde. Pelotas/RS, 19(1):25-34, Jan/2014.

MEMBERS, Committee et al. **ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: summary article: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines (committee to update the 1997 exercise testing guidelines)** 11 The ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, v. 40, n. 8, p. 1531-1540, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 3, p. 237-248, Sept. 1993. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3): 621-626, 2012.

MIRANDA, Maria Inês Ferreira de et al. **Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 8, n. 6, p. 83-90, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12352.pdf>. Acesso em 25. Fev. 2017.

MOLL, Jaqueline; RABELO, Marta Klumb Oliveira. **(Re)conhecendo o território escolar e mapeando o sentido do ser-jovem: contribuições dos programas e projetos intersetoriais para superação das vulnerabilidades do escolar.** Ciência & Saúde Coletiva. v. 2, p. 2023-2025, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articuloBasic.oa?id=63020572034>. Acesso em 25. Fev. 2017.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. **A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011.** Hist. ciênc. Saúde - Manguinhos, v. 22, n. 2, p. 411-428, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3861/386139487007.pdf>. Acesso em 25. Fev. 2017.

MOVIMENTO TODOS PELA EDUCAÇÃO. Disponível em: <http://www.todospelaeducacao.org.br>

NEITZKE, Silvana Teresa; ZANATTA, Elisangela Argenta; ARGENTA, Carla. **Desafios e perspectivas no desenvolvimento do programa nacional de saúde do escolar.** Revista de Enfermagem, v. 8, n. 8, p. p. 166-181, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/484/883> Acesso em 25. Fev. 2017.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma Proposta de Sistematização.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4; p.596-76, 2008.

PACHECO, Eliezer Moreira et al. **Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia: Limites e Possibilidades.** Linhas Críticas, Brasília, DF, v. 16, n. 30, p. 71-88, jan./jun. 2010. ISSN 1516-4896.

PASSO A PASSO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Tecendo Caminhos da Intersectorialidade. MS, Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf

PATIAS, Naiana Dapieve et al. **Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)- Short Form: Adaptation and Validation for Brazilian Adolescents.** Psico-USF, v. 21, n. 3, p. 459-469, 2016.

PENA, Geórgia das Graças et al. **Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino.** Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 36-50, jan/mar 2016.

PENSO, Maria Aparecida et al. **A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal.** Saúde e Sociedade, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/76451-104559-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/76451-104559-1-PB%20(2).pdf). Acesso em 25. Fev. 2017.

PEREIRA, Luiz Augusto Caldas. **Institutos Federais de Educação Ciência e Tecnologia.** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/artigos_ifet_jornal.pdf

PERES, Caroline Vargas et al. **Fatores sociodemográficos associados à inatividade física de adolescentes do município de Alegrete-RS.** Revista Didática Sistêmica, v. 16, n. 1, p. 183-193, 2015.

PINTO, Sonia Lopes et al. **Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6): p.1065-1076, 2011.

POLÍTICA DE ASSUNTOS ESTUDANTIS do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha. Disponível em: http://www.iffarroupilha.edu.br/site/midias/arquivos/2014111113427403politica_d_e_assistencia_estudantil_do_if_farroupilha.pdf

PRECIOSO, José Gomes. **As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar.** Educação, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, jan./abr. 2009.

PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS ESTUDANTES do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha. Disponível em: http://www.iffarroupilha.edu.br/site/midias/arquivos/20141111134450925programa_d_e_atencao_a_saude.pdf

QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira et al. **Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev. Rene, v. 12, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/333/pdf>
Acesso em 25. Fev. 2017.

RATO, Ana Rita Arrais. **Autoconceito, obesidade e representações de estilos de vida saudável em pré-adolescentes e adolescentes.** 2013. Tese de Doutorado. ISPA-Instituto Universitário.

RIBEIRO, Ana Paula da S. **Memórias do Campus Alegrete/Instituto Federal Farroupilha/RS: da colônia do Passo Novo às vivências da Ditadura civil-militar (1954 – 1965).** Porto Alegre, 2015. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UFRGS, 2015.

SANTIAGO, Lindelvania Matias de et al. **Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v.65, n.6, Nov./Dez. 2012. ISSN0034-7167.

SAVIANI, Demerval. **Pedagogia Histórico-Crítica: Primeiras Aproximações.** Campinas: Autores Associados, 2008, 10ª ed.

SILVA, Ana Carolina Pio da. **Pressão arterial em crianças e adolescentes de Porto Alegre e sua associação com estado socioeconômico e com três marcadores de sobrepeso e obesidade índice de massa corporal, espessura de pregas cutâneas e circunferência da cintura.** Tese de Mestrado, UFRGS,

Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas/Nefrologia, Porto Alegre, 2005. 90 f.

SILVA, Carlos dos S. **Escola Promotora de saúde: uma visão crítica da saúde escolar.** In: Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I. Departamento Científico de Saúde Escolar. Sociedade Brasileira de Pediatria. p. 14-20, 2005.

SILVA, Doralúcia Gil da; GIORDANI, Jaqueline Portella; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. **Relações entre satisfação com a vida, com a família e com as amizades e religiosidade na adolescência.** Estudos Interdisciplinares em Psicologia, v. 8, n. 1, p. 38-54, 2017.

SOUZA, Allana Almeida de et al. **Hipertensão arterial em adolescentes: reflexões acerca dos fatores de risco modificáveis.** Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem, v. 2, n. 1, 2017.

TATIBANA, Berenice Tomoko et al. **Projeto Educação em Saúde: ajudar, buscar e conhecer, contribuição para Escolas Promotoras de Saúde.** In: Anais do 2º Congresso Paranaense de Saúde Pública. 2014. Disponível em: <http://inesco.org.br/conferencias/index.php/2congresso/2cpsp/paper/view/377>. Acesso em 25. Fev. 2017.

VASCONCELOS, Adriana Servula Fernandes Cunha de et CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **O Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Sanitário II da Cidade do Recife: concepção dos atores e os componentes estruturantes da Escola Promotora de Saúde (EPS).** Disponível em: <http://www.politicaensaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/196.pdf>

WESCHLER, Rudolf. **Evolução Histórico-Social da Saúde e da Educação.** In: RICOTTA, Luiza Cristina de Azevedo. Cadernos de Psicodrama: Educação e Desenvolvimento. São Paulo, Agora, 1990.

ZANCUL, Mariana; GOMES, Paulo Henrique Mendes. **A formação de licenciandos em ciências biológicas para trabalhar temas de educação em saúde na escola.** Ensino, Saúde e Ambiente, v. 4, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/viewFile/100/99>. Acesso em 25. Fev. 2017.

APÊNDICE A
PRONTUÁRIO CLÍNICO MULTIPROFISSIONAL

IDENTIFICAÇÃO: () SERVIDOR () ALUNO

NOME:.....
 TURMA:.....CURSO:.....
 DATA NASC.:/...../..... IDADE: NATURALIDADE:.....
 SEXO: () M () F COR: ESTADO CIVIL:
 NOME DOS PAIS: E
 ENDEREÇO:.....
 CIDADE: TELEFONE: (.....) ()
 MORADIA () INTERNATO () PENSÃO () QUAL?.....

ANTECEDENTES FAMILIARES (PAIS, IRMÃOS, AVÓS, TIOS):

	NÃO	SIM	Pais	Irmãos	Avós	Tios
Hipertensão Arterial Sistêmica						
Doenças Cardíacas (Infarto, Angina,...)						
Doenças Cérebro-Vasculares (Derrame)						
Diabetes Mellitus						
Obesidade, Hipernutrição						
Câncer: _____						
Rinite/Bronquite/Asma						
Convulsão/Epilepsia						
Alterações/Distúrbios Psiquiátricos						

ANTECEDENTES PESSOAIS PATOLÓGICOS:

ANEMIA: () SIM () NÃO () NÃO SEI
 HEPATITE: _____ () SIM () NÃO () NÃO SEI
 HIV OU OUTRA DST: _____ () SIM () NÃO () NÃO SEI
 BRONQUITE ALÉRGICA/ASMA: () SIM () NÃO () NÃO SEI
 HERPES/AFTAS: () SIM () NÃO () NÃO SEI
 ALERGIA A PENICILINA OU OUTRA MEDICAÇÃO? () SIM () NÃO () NÃO SEI

_____ () SIM () NÃO () NÃO SEI
 FEBRE REUMÁTICA OU OUTRAS ARTRITES? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 CICATRIZAÇÃO RUIM? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 ALTERAÇÕES HEPÁTICAS () SIM () NÃO () NÃO SEI
 EPILEPSIA/CRISES CONVULSIVAS? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 ALTERAÇÕES RENAIAS? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 ALTERAÇÕES CARDÍACAS? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 DIABETES? () SIM () NÃO () NÃO SEI
 () SIM () NÃO () NÃO SEI

CIRURGIAS:.....

FRATURAS:.....

OUTRA SALERGIAS:.....DEQUÊ?

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:.....

HOSPITALIZAÇÕES:.....CAUSAS:.....

EXAME CLÍNICO ODONTOLÓGICO

Exame extra-oral:

.....

.....

.....

Exame intra-oral:

.....

.....

.....

Dente	M	O	D	V	P	Dente	M	O	D	V	L
28						38					
27						37					
26						36					
25 65						35 75					
24 64						34 74					
23 63						33 73					
22 62						32 72					
21 61						31 71					
11 51						41 81					
12 52						42 82					
13 53						43 83					
14 54						44 84					
15 55						45 85					
16						46					
17						47					
18						48					

LA	Lesão não cavitada ativa	LI	Lesão não cavitada inativa
CPI	Capeamento pulpar indireto	PUL	Pulpotomia
LCA	Lesão cavitada ativa	LCI	Lesão cavitada inativa
En	Endodontia	Ei	Exodontia indicada
LCNC	Lesão cervical não cariiosa	RAm	Restauração de amálgama
A	Dente Ausente	S	Selante
RR	Restauração de resina	RI	Restauração de ionômero de vidro
c	Cálculo	Rz	Raiz dentária
RP	Restauração provisória	CPD	Capeamento pulpar direto
Ri	Restauração insatisfatória		

Avaliação ortodôntica – (anomalias, facetas de desgaste...)

.....

.....

.....

.....

Plano de Tratamento:

.....

.....

.....

.....

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO DIGITAL SEMIESTRUTURADO AUTOAPLICADO

IDENTIFICAÇÃO

IDADE: anos.

GÊNERO: () F () M () Prefiro não responder.

CURSO DE GRADUAÇÃO UNIVERSITÁRIA:

FACULDADE/UNIVERSIDADE DE GRADUAÇÃO:

ANO DE GRADUAÇÃO:

TEM: () MESTRADO () DOUTORADO

CURSOS/TURMAS QUE TRABALHA:

QUESTIONÁRIO DIGITAL

1. O que você entende por currículo integrado, em poucas palavras?
2. O que você entende por temas transversais de saúde, em poucas palavras?
3. Já trabalhou em sala de aula com esses temas?
Nunca/ Poucas vezes/Algumas vezes/Muitas vezes/Sempre
4. Se nunca trabalhou ou trabalhou pouco, trabalharia em sala de aula, na sua disciplina, com esses temas?
Nunca/ Poucas vezes/Algumas vezes/Muitas vezes/Sempre
5. Cite três temas de saúde que, na sua experiência com crianças e adolescentes, seriam interessantes serem trabalhados com essa faixa etária:
6. Você se acha em condições/capacitado para desenvolver sozinho os temas de saúde em sala de aula?
Nunca/ Poucas vezes/Algumas vezes/Muitas vezes/Sempre
7. Se não, que tipo de profissional gostaria de ter para auxiliá-lo a trabalhar esses temas em sala de aula?
8. De que modo gostaria de trabalhar os temas em sala de aula?
Aulas formais/ Trabalhos em grupo, Seminários, Rodas de conversa/Problematização/Todos/Outros:_____
9. Qual deveria ser a frequência para se trabalhar esses temas de saúde em sala de aula?
Nunca/ Poucas vezes/Algumas vezes/Muitas vezes/Sempre
10. Que outras formas eficazes de se trabalhar temas de saúde com os alunos você vê?
11. Acha que o setor de saúde da instituição poderia ser parceiro para auxiliá-lo no desenvolvimento desses temas em sala de aula?
Nunca/ Poucas vezes/Algumas vezes/Muitas vezes/Sempre
12. Tem interesse em compartilhar projetos na área com o setor de saúde da instituição?
Nunca/ Poucas vezes/Algumas vezes/Muitas vezes/Sempre

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE DIGITAL

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do projeto de estudo intitulado IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO I. F. DE EDUCAÇÃO FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE BASEADAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, conduzido por Denise M. Borges Ancini.

Você foi selecionado(a) por ser docente do campus. Sua participação não é obrigatória. Sua recusa, desistência ou não consentimento não acarretará prejuízo. A participação não é remunerada, nem implicará em gastos para os participantes. Os dados obtidos por meio da pesquisa que segue este TCLE serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Objetivo do estudo: avaliar seu conhecimento e interesse em desenvolver atividades em sala de aula com temas de saúde, transversalmente ou como currículo integrado, em associação ao setor de saúde do campus, com vistas a, futuramente, institucionalizar o trabalho coletivo interdisciplinar e multiprofissional de educação em saúde.

Benefícios: tornar os alunos (e também demais servidores envolvidos) em protagonistas do seu próprio cuidado, através do conhecimento compartilhado. O objetivo final desta iniciativa será o planejamento de atividades e temas de prevenção e promoção de saúde dos alunos, dando-lhes acesso ao conhecimento em saúde, empoderando-os enquanto sujeitos para que possam optar por uma existência saudável com base no aprendizado construído em grupo.

Procedimentos: sua participação na pesquisa consistirá apenas no preenchimento do questionário, respondendo às perguntas formuladas. Não tomará muito o seu tempo; são doze questões no total, sendo seis com respostas de múltipla escolha e seis com respostas escritas, texto preferencialmente curto e objetivo, antecedidas por questões gerais de identificação.

Riscos: O preenchimento do questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, e tampouco apresentará questões que possam identificá-lo individualmente através de qualquer meio.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. O pesquisador responsável se comprometeu a tornar público nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Se concordar em participar da pesquisa, assinale CONCORDO ao final. Estará concordando em preencher o questionário digital que segue, e declarando que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de sua participação.

CONCORDO.

NÃO CONCORDO.

CONTATOS:

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi: wmanfroi@hcpa.edu.br

Prof. Dr. Clécio Homrich da Silva: clecio.homrich@ufrgs.br

Mestranda Denise M. Borges Ancini: denise.ancini@iffarroupilha.edu.br

CEP/UFRGS: etica@propesq.ufrgs.br

Fone (51) 3308 3738

CPE/IFFAR-CA - Coordenação de Pesquisa: ana.parizi@iffarroupilha.edu.br

Fone (55) 3421 9600 - Ramal 261

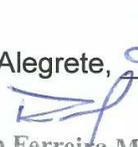
ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

CARTA DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL DE REALIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Eu, ANA PAULA DA SILVEIRA RIBEIRO, Diretora Geral do Campus Alegrete, do Instituto Federal Farroupilha, declaro que tenho ciência do Projeto de Pesquisa a ser realizado nesta instituição, intitulado de **IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE BASEADAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**, pela pesquisadora DENISE M. BORGES ANCINI, sob a orientação do Prof. Dr. WALDOMIRO CARLOS MANFROI, e co-orientação do Prof. Dr. CLÉCIO HOMRICH DA SILVA, do Programa de Pós Graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), após ocorrer sua aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS, Instituto Federal Farroupilha e Plataforma Brasil, obedecendo as exigências presentes na Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Alegrete, 03 de MAIÇO de 2016.


Rodrigo Ferreira Machado
Diretor Geral Substituto
IFFarroupilha - Campus Alegrete
Port. IFFarroupilha nº 704/2012

Ana Paula da Silveira Ribeiro

Diretora Geral

Instituto Federal Farroupilha Campus Alegrete - RS

ANEXO C



UFRGS - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE -
MESTRADO PROFISSIONAL

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Setor de Saúde do Instituto Federal Farroupilha Campus Alegrete, com a anuência de todos os profissionais que o compõe. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 03 de março de 2016.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
DENISE M. BORGES ANCINI	
WALDOMIRO CARLOS MANFROI	
CLÉCIO HOMRICH DA SILVA	

ANEXO D



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA – CAMPUS ALEGRETE

Termo de Anuência para a Utilização de Dados

Eu, ANDERSON FETTER, coordenador da Coordenação de Assistência ao Estudante/C.A.E., sob a qual está subordinado o Setor de Saúde, autorizo o manuseio dos prontuários clínicos e base de dados do referido setor, para a utilização no projeto intitulado IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE BASEADAS NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, sob o compromisso dos pesquisadores responsáveis preservarem a privacidade dos pacientes cujos dados estão e serão coletados e utilizarem estas informações única e exclusivamente para execução do presente projeto, divulgando-as de forma anônima.

Alegrete, 22 de fevereiro de 2016.

ANDERSON FETTER
Coordenador da C.A.E.
IFFAAR – Campus Alegrete

Prof. Anderson Fetter
Docente EBTT / IF Farroupilha - Campus Alegrete
SIAPE 2083/33
Coordenador da Assistência Estudantil
Fon: nº 2.509, DOU de 02/12/2014
anderson.fetter@iffarroupilha.edu.br

ANEXO E



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesq@famed.ufrgs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

Porto Alegre, 18 de julho de 2016.

Referencia: Projeto de Pesquisa 30856 – “IMPLANTACAO DE ACOES DE SAUDE NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE COM BASE NO PROGRAMA SAUDE NA ESCOLA”.

Autores: Waldomiro Carlos Manfroi (Coordenador) Pesquisadores: Prof. Dr. Clécio Homrich da Silva e Denise Margareth Borges Ancini

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente a literatura: O estudo tem por objetivo implantar ações de saúde no Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus Alegrete, baseadas no Programa Saúde na Escola.

Justificativa do projeto: O Programa saúde na Escola configura-se como oportunidade de promover a saúde para além das instituições próprias da saúde.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação (recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

Trata-se de um estudo com um componente quantitativo que visa avaliar o estado de saúde dos estudantes, e um componente qualitativo que busca identificar a motivação dos docentes em relação ao trabalho de educação para a saúde.

Fontes de Custeio. O orçamento será custeado pela própria instituição e pela pesquisadora.

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). Estudo será submetido ao CEP-UFRGS.

Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde.

Termo de consentimento livre e esclarecido: adequado.

Data prevista para o início da pesquisa: 2015-1



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesq@famed.ufrgs.br



Duração total da pesquisa: previsão de conclusão em março de 2017

Local da pesquisa: Instituto Federal de Educação Farroupilha, Campus Alegrete.

Parecer final: APROVADO.

Prof.ª Dr.ª Solange Garcia Accetta
COORDENADORA DA COMPESQ / FAMED UFRGS

ANEXO F



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FARROUPILHA CAMPUS ALEGRETE COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA

Pesquisador: Waldomiro Carlos Manfroi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58349716.8.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.034.510

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, intitulado "IMPLANTACAO DE AÇÕES DE SAÚDE NO INSTITUTO FEDERAL DE EDUCACAO FARROUPILHA - CAMPUS ALEGRETE, COM BASE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA", de Denise Margareth Borges Ancini, sob a orientação de Waldomiro Carlos Manfroi e Co-orientação de Clécio Homrich da Silva.

Objetivo da Pesquisa:

Implantar ações de saúde no Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus Alegrete, baseadas no Programa Saúde na Escola.

Citados como objetivos específicos:

- Verificar se as ações do Programa Saúde na Escola/PSE podem ser padrão institucional de atividades do seu setor de saúde, mantendo uma assistência à saúde do aluno mais ampla e qualificada, balizada por um programa público federal criado em bases científicas e epidemiológicas;
- Avaliar a sensibilização e motivação dos docentes em relação à prática dos temas transversais em saúde e do Currículo Integrado em sala de aula, de forma multidisciplinar e multiprofissional,

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.034.510

através da organização e planejamento de atividades integradas entre estes e o setor de saúde do campus;

- Proporcionar maior socialização do funcionamento das redes de saúde do Sistema Único de Saúde a profissionais e alunos (e famílias, por extensão), criando vias de colaboração entre a instituição, profissionais e o sistema de saúde local e/ou regional, por meio de contato direto e orientações necessárias através das demandas criadas pelas avaliações de saúde realizadas nos alunos ingressantes nas turmas determinadas;
- Avaliar a importância da reavaliação e revisão periódicas das ações (de educação em saúde e de saúde) propostas e executadas, e das metas atingidas, para a gestão e planejamento da assistência estudantil no campus;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O único risco que é, ainda que parcialmente, mencionado relaciona-se à potencial identificação do indivíduo que responderá ao questionário. Ainda, para evitar a identificação dos respondentes é salientado que o questionário "tampouco apresentará questões que possam identificá-lo individualmente através de qualquer meio, sendo os dados coletados apresentados quantitativamente, e qualitativamente através de categorias (grupos) criadas para identificar seus posicionamentos."

Quanto aos benefícios, salienta-se: tornar os alunos (e também demais servidores envolvidos) em protagonistas do seu próprio cuidado, através do conhecimento compartilhado. O objetivo final desta iniciativa será o planejamento de atividades e temas de prevenção e promoção da saúde dos alunos, dando-lhes acesso ao conhecimento em saúde, empoderando-os enquanto sujeitos para que possam optar por uma existência saudável com base no aprendizado construído em grupo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi readequado em conformidade com o solicitado no parecer anterior do CEP-UFRGS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- apresenta folha de rosto devidamente assinada, informando o número de participantes como 250;
- apresenta parecer da COMPESQ/FAMED, devidamente assinado pela coordenadora (talvez erroneamente, informando o início da pesquisa para 2015-1, sendo o parecer datado de julho de 2016);
- apresenta carta de concordância para a realização da pesquisa nas dependências do

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.034.510

IFFarroupilha – Campus Alegrete, devidamente assinada pelo Diretor Geral Substituto,
- apresenta TCLE reestruturado conforme solicitado em parecer anterior do CEP-UFRGS,
- inclui cronograma readequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as solicitações anteriores do CEP UFRGS os pesquisadores fizeram as seguintes modificações:

- o orçamento foi revisto e adequado,
- houve complementação da revisão de literatura,
- o item “metodologia” foi reestruturado e, nesta nova versão, apresenta com maior exatidão as diferentes etapas do projeto relacionadas a logística, coleta e análise de dados,
- o resumo do projeto foi alterado na Plataforma Brasil, sendo a versão atual, mais clara que a anteriormente apresentada.

Assim, com as alterações realizadas o projeto encontra-se em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_709455.pdf	18/01/2017 23:18:45		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Versao_Revisada_CEPII.docx	18/01/2017 23:17:42	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	18/01/2017 23:16:09	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/01/2017 22:58:43	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_II.docx	15/01/2017 18:41:56	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.034.510

Outros	Segundo_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP.pdf	14/01/2017 18:53:49	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	14/01/2017 18:48:36	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Outros	Primeiro_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP.pdf	01/11/2016 22:58:13	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TAUD_assinado.pdf	01/11/2016 22:49:44	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Concordancia_Institucional.docx	01/11/2016 22:38:16	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCUD_Assinado.docx	01/11/2016 22:36:45	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Outros	Parecer_COMPESQ.pdf	02/08/2016 22:11:50	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	21/07/2016 16:46:41	DENISE MARGARETH BORGES ANCINI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Abril de 2017

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

