

*UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA*

MARIA HELENA BARBOSA LIMA TOMPSON

**INDICATIVOS DE MELHORIAS PARA O SETOR DE SAÚDE DO INSTITUTO
FEDERAL CATARINENSE CAMPUS CAMBORIÚ**

ITAPEMA

2021

MARIA HELENA BARBOSA LIMA TOMPSON

**INDICATIVOS DE MELHORIAS PARA O SETOR DE SAÚDE DO INSTITUTO
FEDERAL CATARINENSE CAMPUS CAMBORIÚ**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à disciplina,
CAD 9184 – Trabalho de Conclusão IV como requisito
parcial para obtenção do grau de Bacharelado em
Administração Pública pela Universidade Federal de Santa
Catarina.

Área de concentração: Gestão de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Luciano Vignochi

Itapema

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

TOMPSON, MARIA HELENA BARBOSA

Indicativos de melhorias para o setor de saúde do
Instituto Federal Catarinense campus Camboriú / MARIA
HELENA BARBOSA TOMPSON ; orientador, Luciano Vignochi,
2021.

74 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio
Econômico, Graduação em Administração, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Administração. 2. Educação em saúde na escola. 3.
Gestão de saúde no Brasil. 4. Programa Saúde na Escola -
PSE. 5. Política Nacional de Assistência Estudantil -
PNAES. I. Vignochi, Luciano. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Graduação em Administração. III. Título.

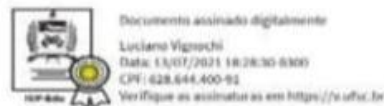
Maria Helena Barbosa Lima Tompson

**INDICATIVOS DE MELHORIAS PARA O SETOR DE SAÚDE DO INSTITUTO
FEDERAL CATARINENSE CAMPUS CAMBORIÚ**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel em Administração Pública e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Itapema, 13 de julho de 2021.

Examinadores:



Prof. Dr. Luciano Vignochi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Robinson Henrique Scholz
Instituto Federal de São Paulo

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso ao meu marido Felipe e aos meus filhos Cecília e Daniel, por estarem ao meu lado em todos os momentos para que pudesse concluir esta etapa final do curso de Administração Pública.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas me auxiliaram e me apoiaram com muito carinho para que este trabalho se tornasse realidade. Deixo neste espaço o meu agradecimento a todos que contribuíram.

Ao Professor Dr. Luciano Vignochi, orientador deste trabalho, pela atenção que dedicou, agradeço a confiança, dedicação, paciência e apoio incondicional e a compreensão que sempre manifestou, sempre acreditando em mim e no meu potencial para a realização deste trabalho, a sua contribuição foi fundamental para que eu concluísse, deixo meu agradecimento com muito carinho.

A Juliana Pereira, minha tutora que sempre esteve presente, auxiliando e acompanhando em todas as etapas, meu muito obrigada.

Ao Felipe, meu marido, que sempre esteve ao meu lado, acreditando na minha capacidade, me incentivando, com amor, carinho e muita paciência nos momentos mais tensos, agradeço muito por ser meu companheiro e estar sempre ao meu lado. Meu melhor amigo e meu amor, obrigada.

Aos meus filhos Cecília e Daniel, amores da minha vida, que foram compreensivos todas as vezes que deixei de dar a atenção, por fazerem silêncio quando eu solicitava e souberam esperar. A vocês meu amor e carinho.

A minha mãe Marlene, que sempre acreditou em mim, sempre me incentivou e me apoiou em todos os momentos, meu muito obrigada por ser essa mãe maravilhosa.

A Maria Angelica, minha amiga, que me apoiou desde o início, me ajudou incondicionalmente em cada etapa do meu trabalho, sempre muito dedicada e atenciosa me auxiliando, me incentivando e sempre esteve presente ao meu lado, deixo meu carinho e agradecimento por sua ajuda e seus conselhos, foram fundamentais para que eu pudesse seguir e chegar até aqui.

Aos participantes deste estudo, que contribuíram com muito carinho e atenção, com suas declarações, o meu agradecimento.

A equipe do SISAE do Instituto Federal Catarinense (IFC) – *campus* Camboriú, que sempre me apoiaram, incentivaram e estiveram ao meu lado. Meu muito obrigada.

Ao meu amigo Paulo, que me apoiou e ajudou na reta final do trabalho, e que foi muito importante, obrigada.

Ao IFC, agradeço por ter a oportunidade de realização desse trabalho, a diretora do *campus* Camboriú Sirlei de Fátima Albino o meu agradecimento, pelo apoio e incentivo e a atenção que dedicou sempre que solicitei.

E acima de tudo agradeço a Deus, por estar sempre comigo, sem Ele não estaria aqui!

Os resultados provêm do aproveitamento das oportunidades e não da solução dos problemas. A solução de problemas só restaura a normalidade. As oportunidades significam explorar novos caminhos.

(Peter Drucker)

RESUMO

Este trabalho, objetivou buscar evidências que possam caracterizar os indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense (IFC) e que possam auxiliar na promoção à saúde dos alunos e servidores do *campus* Camboriú. O trabalho foi realizado por meio de um estudo de caso, com abordagem qualitativa e descritiva. Os participantes da pesquisa foram 09 (nove) servidores da Instituição, os dados foram coletados por meio de entrevistas, para posterior análise de conteúdo segundo quatro categorias, a saber: (1) Evolução do setor de saúde, no período de tempo que corresponde a atuação como antigo Colégio Agrícola de Camboriú, até a posterior implantação do IFC – *campus* Camboriú; (2) Aspectos que facilitam e dificultam mudanças no setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú; (3) Educação em saúde dentro do IFC – *campus* Camboriú; e (4) Avaliação do setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú. As entrevistas permitiram constatar que os servidores consideram importantes as ações educativas em saúde, no que diz respeito a educação dos discentes do ensino Técnico (jovens e adultos) e graduação, bem como, a necessidade de uma atuação constante, com práticas regulares de educação direcionadas a saúde e em conjunto com a equipe de servidores da saúde da Instituição. Durante a elaboração desta pesquisa, foi possível observar os programas com ações voltadas à prevenção e promoção à saúde implementadas no IFC – *campus* Camboriú. Segundo os entrevistados, a promoção de capacitações, o uso de metodologias ativas de ensino em saúde, o planejamento anual de ações voltadas à prevenção e promoção à saúde e a maior aproximação entre a gestão do *campus* e a equipe do setor de saúde foram considerados os indicativos relevantes para o reconhecimento das melhorias do setor de saúde investigado neste trabalho.

Palavras-chave: Gestão de Saúde; Educação em Saúde; Indicativos de melhorias; Instituição de Ensino.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Benefícios previstos no Política Nacional de Assistência Estudantil- PNAES.....	35
Figura 2 – Benefícios da Assistência Estudantil concedido pelos Institutos Federais.....	36
Figura 3 – Setor de Saúde do IFC – Camboriú.....	38
Figura 4 – Imagem aérea do Colégio Agrícola de Camboriú na década de 1950.....	45
Figura 5 – Quarto dos alunos no CAC na Década de 60.....	47
Figura 6 – Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú 2019.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características da pesquisa.....	39
Quadro 2 – Identificação dos servidores entrevistados – Colégio Agrícola de Camboriú.....	42
Quadro 3 – Identificação dos servidores entrevistados – IFC – <i>campus</i> Camboriú.....	42
Quadro 4 – Indicativos de Melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú.....	58

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAC – Colégio Agrícola de Camboriú
CAE – Coordenação da Assistência Estudantil
CAP's – Caixa de Aposentadoria e Pensões
CGAE – Coordenação Geral de Atendimento ao Educando
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COVID-19 – Corona Vírus Disease 2019
DEA – Diretoria de Ensino Agrícola
DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA – Educação de Jovens e Adultos
IAP's – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IFC – Instituto Federal Catarinense
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
LDB – Diretrizes e Bases da Educação
MS – Ministério da Saúde
MEC – Ministério da Educação
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAE – Programa de Assistência Estudantil
PNAES – Política Nacional de Assistência Estudantil
PPI – Programa Pactuada e Integrada
PROEJA – Programa Nacional de Integração da Educação Básica com a Educação Profissional na Modalidade de Jovens e Adultos
PSE – Programa Saúde na Escola
SIASS – Sistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNE – União Nacional de Estudantes

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	17
1.2 OBJETIVOS.....	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	18
1.3 JUSTIFICATIVAS.....	19
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE.....	21
2.1.1 Conceito de Saúde	21
2.1.2 Gestão Pública e a Saúde no Brasil	22
2.2 GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE.....	27
2.3 GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – PNAES...33	
3 METODOLOGIA DA PESQUISA	40
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	41
3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO.....	42
3.3 FONTE DA PESQUISA.....	43
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4 INSTITUIÇÃO SEDE DE PESQUISA	47
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	50
5.1 EVOLUÇÃO DO SETOR DE SAÚDE DO CAC AO IFC.....	50
5.2 ASPECTOS FACILITAM E DIFICULTAM MUDANÇAS NO SETOR DE SAÚDE DO IFC - CAMPUS CAMBORIÚ.....	52
5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DENTRO DO INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE - CAMPUS CAMBORIÚ.....	55
5.4 AVALIAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE.....	58

5.5 INDICATIVOS DE MELHORIA.....	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
6.1 LIMITAÇÕES E INDICATIVOS PARA PESQUISAS FUTURAS.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE.....	71

1 INTRODUÇÃO

A educação sempre esteve presente em todos os momentos da vida do ser humano, sendo um processo complexo, não existindo uma única definição. Em relação a educação em saúde os seus conceitos foram adaptando-se conforme os paradigmas no setor de saúde foram mudando, influenciadas pelas transformações dos processos pedagógicos da educação (MARCIEL, 2009).

As atividades de educação em saúde nas escolas, com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida, ajudam a prevenir doenças, garantindo um completo bem-estar físico e mental, com educadores e profissionais capacitados, para transmitir conhecimentos em diversas áreas, através de cursos, palestras, entre outras atividades multidisciplinares que possa permitir uma interação com a comunidade (SESC, 2021).

Leva-se em conta que é “de suma importância a parceria com profissionais de saúde auxiliando os profissionais da educação no sentido de, em conjunto, perceberem as necessidades individualizadas de cada um e poderem atuar para atendê-las (BRASIL, 2009, p.27).

Considera-se as dificuldades de cunho sociocultural, econômico, ambiental, social enfrentadas dentro de um ambiente educacional nas realizações de práticas educativas, para incluir as ações de educação em saúde, é necessário a atuação de uma equipe multiprofissional para desenvolver ações, sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento dessas atividades, considerando a educação em saúde essencial para o desenvolvimento do ser humano (OLIVEIRA; SOUZA, 2017).

A educação em saúde é considerada um meio muito importante para ampliar o conhecimento e as práticas relacionadas a uma vida saudável. Houve um aumento significativo a partir de 2010 nas publicações, porém devido à complexidade que envolve as práticas educativas em saúde no ambiente escolar, existe uma fragilidade nas publicações científicas no que tange a inserção de uma equipe de saúde no ambiente escolar (GUETERRES; SILVEIRA; SANTOS, 2017).

Através do Programa Saúde na Escola, o Ministério da Saúde incentiva as ações de saúde no âmbito escolar, buscando contribuir para a prevenção e promoção de agravos na saúde e no desenvolvimento fortalecendo as ações educativas. Estas ações, permite aos profissionais

de saúde a percepção do seu papel enquanto educador, e esse vínculo, contribui para os participantes transformarem a informação científica em hábitos saudáveis para a vida, disseminando essas informações e desenvolvendo ações de melhoria da qualidade de vida (REZENDE; ARAÚJO; SILVA; MARINHO; LENZA, 2020).

As políticas públicas de educação em saúde são fundamentais para a formação e melhoria da qualidade de vida do cidadão e estão presentes no Programa Saúde na Escola – PSE (BRASIL, 2007), visam ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Em conjunto com a Políticas Nacionais de Assistência Estudantil – PNAE (BRASIL, 2010), fazem parte das políticas públicas sociais que atendem necessidades básicas dos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, com ações voltadas para a área de educação, tendo a atenção à saúde um benefício.

O ambiente escolar é um espaço essencial para o desenvolvimento do conhecimento comum, para a integração com a comunidade sendo um local para aprender. A participação de uma equipe de saúde dentro do ambiente escolar se torna um eixo facilitador para acelerar o processo educativo e desenvolvimento estratégico (TENÓRIO; MORAES; FREIRE; SANTOS; MARQUES; COSTA; MARINHO; SILVA, 2020).

Portanto, este estudo visa identificar indicativos de melhoria do Instituto Federal Catarinense (IFC) – *campus* Camboriú, frente às atividades desenvolvidas pelo setor de saúde no *campus* voltada a comunidade acadêmica.

Realizou-se um estudo de caso, a sede de pesquisa foi o Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú e para melhor atender aos objetivos, optou-se por uma pesquisa de campo e bibliográfica, de natureza aplicada, qualitativa, sendo exploratória e descritiva.

Os resultados destacam indicativos para melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú quanto ao crescimento do setor de saúde do CAC ao IFC, as questões facilitadoras e dificultadoras de mudanças na forma em que a equipe de saúde do *campus* trabalha, a educação em saúde dentro do IFC – *campus* Camboriú e a análise do atendimento do setor de saúde.

A seguir será contextualizado o tema e apresentado o problema do estudo, os objetivos da pesquisa, a justificativa e a estrutura do trabalho.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Segundo Carvalho (2014), às ações educativas em saúde no Brasil estiveram presentes em discursos oficiais a partir de 1889, onde seu papel é fundamental para as instituições em temas ligados à saúde.

A saúde não é apenas a ausência de doença, e sim o estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948). Em 1989 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) o conceito de Saúde dia que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª CNS, 1986).

Segundo Maciel (2014), a educação em saúde surge no Brasil devido a necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias que na época da República Velha, no início do século XX, ameaçavam a economia agroexportadora do país. Naquele período, a população era atingida por doenças como a varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis que eram ligadas às más condições sanitárias e socioeconômicas.

A saúde deixa de ser a imagem complementar da doença, tornando-se parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo. Por meio de ações e programas no ambiente escolar, é possível promover o bem-estar do discente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. A promoção da saúde é essencial para o desenvolvimento da população (PIMENTA; MARQUES; MOURA; PEREIRA, 2014).

No Capítulo III; Art. 11 – XIII do Regulamento da Conduta Discente do Instituto Federal Catarinense (2019), a saúde faz parte da Assistência Estudantil. Assim, tendo em vista a promoção, proteção e recuperação da saúde em conformidade ao Decreto 7.234/2010, que

dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES, em seu Art. 3º, inciso IV – “atenção à saúde”.

No final de 2008, com o advento da Lei 11.892, de 29 de dezembro de 2008, o antigo Colégio Agrícola de Camboriú, transformou-se num *campus* do Instituto Federal Catarinense, atendendo à chamada pública do Ministério da Educação para que as escolas agrícolas se tornassem Institutos Federais possibilitando oferecer, além dos cursos em nível médio, também cursos superiores e pós-graduação.

Busca-se investigar a evolução da gestão de saúde na Instituição e propor indicativos de melhorias da atenção à saúde aos alunos e servidores do *campus* buscando descrever as propostas do Programa Saúde na Escola (PSE) instituída pelo Decreto nº 6.286/2007 onde as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, se unem para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino.

Diante dessas circunstâncias, o presente trabalho busca investigar o setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú, visando e partindo da seguinte indagação: Como identificar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Identificar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense - *campus* Camboriú.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Apresentar os principais aspectos da Gestão de Saúde no Brasil.
2. Descrever o Programa Saúde na Escola (PSE)
3. Analisar a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) no Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú
4. Avaliar o setor de saúde no Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú

1.3 JUSTIFICATIVA

O trabalho se justifica pela importância de se buscar evidências de melhorias para o setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú, por meio da identificação de indicadores de melhorias para promoção à saúde dos alunos.

Para Carvalho (2014) o ambiente escolar é um cenário propício para lidar com as questões de saúde que envolvem o aluno. Silva (1997) relata a importância das escolas para a capacitação de uma vida saudável aos alunos. Tavares e Rocha (2006) mencionam a importância da existência de um espaço nas escolas para a promoção à saúde dos alunos, onde possa possibilitar um aprendizado permanente.

Carvalho (2014, p.1210) relata que:

Atualmente, a temática da saúde na escola recebe importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNESCO, o que confirma sua relevância em âmbito mundial. No Brasil, o PSE foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersetorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. O PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde como parte de uma formação ampla para a cidadania e promove a articulação de saberes e a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral ao tratar a saúde e educação de forma integral.

Pimenta (2008), relata que sociedade se depara com um agravo devido ao aumento do consumo de drogas e o elevado índice de desemprego e violência, onde repercute negativamente na saúde da população e o indivíduo demonstra cada vez mais a necessidade de enfrentar esses desafios, de exercer o seu papel de cidadão consciente e reflexivo diante das transformações. Para atingir esses objetivos, aparece a Escola como um local onde o indivíduo deve ser preparado para sua atuação no meio social.

Conforme Pimenta (2008, p.3) na escola, o indivíduo deveria ser capacitado para atuar, interferir e transformar a sociedade na qual está inserido, através de atitudes inovadoras, criativas e colaborativas; desenvolver uma consciência crítica, em um ambiente onde são realizadas atividades educativas, com o propósito fundamental de promover a qualidade de vida e o exercício da cidadania.

No texto da Conferência Nacional de Saúde (1997) constatamos que:

Tratando-se de fenômeno que tem o seu princípio e o seu fim voltado para a pessoa humana, a educação só pode ser verdadeiramente compreendida e analisada sob enfoques que definem o próprio ser humano, em particular o biopsicológico e o sociológico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, p. 6)

Carvalho (2015) relata que a educação pode representar uma forma de reduzir danos à saúde, buscando a qualidade de vida com intervenções na realidade da vida de cada indivíduo.

A escola constitui um espaço para o desenvolvimento de programas e ações de promoção à saúde, distinguindo-se das demais instituições por educar por meio da construção de conhecimentos resultantes dos diferentes saberes, veiculados pelas diferentes disciplinas; trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; bem como aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se anunciando em atitudes e comportamentos (BRASIL, 2009).

A contribuição teórica desta pesquisa refere-se à avaliação das políticas públicas voltadas à saúde em um ambiente escolar. Colocando assim, a importância de discutir os principais aspectos da gestão de saúde no Brasil e analisar o PSE e o PNAES para buscar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Quanto à estrutura, este trabalho possui seis (6) capítulos: introdução, fundamentação teórica, metodologia da pesquisa, instituição sede de pesquisa, apresentação e análise de resultados e considerações finais.

No capítulo da introdução foi feita uma análise sobre alguns conceitos relacionados à educação em saúde. Foram descritos o problema de pesquisa, objetivo geral, objetivos específicos e justificativa. Na fundamentação teórica foram apresentadas as principais referências sobre a Gestão Pública de Saúde no Brasil, descreveu as principais ideias do Programa Saúde na Escolas e analisou as Políticas Nacionais de Assistência Estudantil no âmbito nacional e no Instituto Federal Catarinense.

Na metodologia foi enunciado a caracterização da pesquisa, o campo de investigação, a fonte de pesquisa, o instrumento de coleta de dados e as técnicas de análise de dados. No capítulo da instituição sede de pesquisa foi apresentado um breve relato histórico do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú.

Na apresentação e análise de resultados, foi realizado uma análise dos resultados gerados, contextualizando a importância de ações educativas em saúde do referencial teórico e indicado os indicativos de melhorias para o setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú.

E no último capítulo, considerações finais, foram apresentados os principais resultados da pesquisa, apontando sugestões de melhorias para o setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú, relatado as limitações da pesquisa e realizado sugestões para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para identificar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú, o presente estudo buscou os principais aspectos da Gestão Pública em Saúde no Brasil, descreveu as principais ideias do Programa Saúde na Escola e analisou as Políticas Nacionais da Assistência Estudantil.

2.1 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Para compreender um pouco da gestão pública em saúde no Brasil e compreender o modelo de atendimento à saúde no decorrer dos anos, este trabalho apresenta algumas considerações sobre os conceitos de saúde e um breve histórico do desenvolvimento da gestão pública e da saúde no Brasil.

2.1.1 Conceito de Saúde

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2006), o desenvolvimento de um país está intensamente ligado às condições de saúde da população e que, estas condições envolvem direta ou indiretamente o seu crescimento.

O significado de saúde não é o mesmo para as pessoas, seu conceito está relacionado à conjuntura social, econômica, política e cultural do indivíduo, dependendo da época, lugar, classe social e, de valores individuais, concepções científicas, religiosas ou filosóficas (SCLiar, 2007).

O conceito de saúde para a Organização Mundial da Saúde é como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental, social, contudo, este conceito adotado pela OMS em 1948 pode ser considerado uma utopia, já que a vida não é predominantemente estável e a saúde não é algo constante, assim, dificilmente o ser humano atingiria um estado de completo bem-estar. Segundo Pimenta (2013), deve-se considerar que o conceito de saúde não se restringe à ausência de doenças, afirmando ainda que, o conceito de saúde é muito mais amplo do que preconiza a Organização Mundial de Saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina apresenta a seguinte definição de saúde, publicada sobre Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência à Saúde:

A saúde deve ser entendida em seu sentido mais amplo, como um componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem de direito social, em que cada um possa ter assegurado o exercício e a prática do direito à saúde, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. (SANTA CATARINA, 1999, p.86).

Assim, para conseguir obter um estado pleno de bem-estar mental, físico e social as pessoas deveriam poder satisfazer as suas necessidades promovendo melhorias ao espaço em que vive e procurar realizar hábitos de uma vida mais saudável (PIMENTA, 2013).

2.1.2 Gestão Pública e a Saúde no Brasil

Até a metade do século XVIII, não existia uma preocupação com a saúde da sociedade no Brasil, havia um propósito de apenas evitar a morte e não de combater as causas das doenças. Não existiam hospitais públicos, apenas entidades filantrópicas com o objetivo de proteger a sociedade das pessoas doentes, que eram mantidas isoladas da população. O atendimento à saúde era mais humanizado para quem podia pagar (CONASS, 2011).

A saúde pública no Brasil até 1850 estava limitada a delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais e, no controle de navios e saúde dos portos, os serviços de saúde praticamente não existiam até o início do Século XX. Com a Proclamação da República, a medicina tornou-se guia do Estado para assuntos sanitários, com o compromisso de garantir a melhoria da saúde individual e coletiva (BERTOLLI FILHO, 2004).

Houve um grande Crescimento econômico no Brasil no início do Século XX. Entretanto, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, marcado pela ocorrência de várias doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste que ameaçavam a economia brasileira e, para enfrentar

os problemas sanitários existentes no país, o governo aplicou medidas preventivas para a população, através de campanhas sanitárias (CONASS, 2011).

Pimenta (2013) relata que na década de 1920, surge pela primeira vez, uma medida concreta às práticas de proteção da saúde coletiva em nível nacional, não sendo restritas apenas às épocas de surto epidêmico. Ocorrendo a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública, organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, a fim de resolver o problema sanitário, por meio das campanhas sanitárias no combate às epidemias urbanas.

Polignano (2015) relata que em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça introduzindo a propaganda e a educação sanitária, inovando assim o modelo que era puramente fiscal e policial, criando órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. Sendo expandido as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e foi fundada a Escola de Enfermagem Anna Nery.

Segundo Madrigal (2016) nesse período a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, que exigia uma política de saneamento aos espaços de circulação de mercadorias e cobravam o controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação, assim até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista.

Madrigal (2016) ainda relata que com o controle das epidemias gradativamente nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou suas ações para o campo para combater as endemias rurais como chagas, esquistossomose e outras.

Em 1923 foi aprovado com o Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro, a conhecida Lei Elói Chaves (o autor do projeto), onde determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária, sendo considerada como o ponto de partida da Previdência Social no Brasil. As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's) davam ao trabalhador garantias de algum tipo de assistência médica (BRASIL,2013).

Possas (1981) relata que os CAPs possuíam uma administração própria para os seus fundos, por se tratar de um sistema formado por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores das empresas, sendo restrito para as grandes empresas públicas e privadas.

Ribeiro (2013) relata que em 1930, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP's), considerado o marco da medicina previdenciária no Brasil, era aplicada a todos os

trabalhadores, o que levou a modificação em toda sua caracterização administrativa, pois novas demandas sociais se colocam como desafio ao Estado com o surgimento do trabalhador urbano.

Mesmo com os avanços, foi somente em 1953 que ocorreu a criação do Ministério da Saúde e após 35 anos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que ainda hoje, existe grandes desafios a serem enfrentados pelo Estado brasileiro (RIBEIRO, 2013).

Pimenta (2008), relata que os Institutos de Previdência eram regulados pelo Estado e, as políticas de saúde ficavam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, sendo que as ações de saúde eram voltadas, principalmente, para o combate às endemias.

O Ministério da Saúde possuía 8% do orçamento, sendo responsável pela prevenção, mantendo centros de saúde para atender às grandes endemias, realizavam perfurações de poços, confecções de fossas e operações de mata-mosquitos. A população que possuía sindicato era atendida em institutos e as que não possuíam IAP's ficavam na dependência dos hospitais de caridade e as Santas Casas de Misericórdia (PIMENTA, 2008).

Madrigal (2016) relata que os IAP's tinham um papel fundamental no desenvolvimento econômico até meados da década de 50, através de seu regime de capitalização.

Através do Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931, o Regime da Lei Elói Chaves, se estendeu aos empregados dos demais serviços públicos concedidos ou explorados pelo Poder Público, além de consolidar a legislação referente às Caixas de Aposentadorias e Pensões (BRASIL, 2013).

O Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, reuniu os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões formando o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. De acordo com Da Ros (2006), a partir da instituição do Regime Militar em 1964, cria o INPS apropriando dos fundos de aposentadoria e pensão.

Com a Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974, o INPS, que antes era vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, foi transformado no Ministério da Previdência e Assistência Social, e o trabalhador passa então a contribuir com 6% de seu salário, em compensação, a cobertura torna-se “universal” para a população (PIMENTA, 2008).

Pimenta (2008) esclarece que, em 1975 houve uma primeira tentativa da criação de um Sistema Nacional de Saúde, durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que como consequência instituiu a Lei 6.229, porém a mesma não saiu do papel. Com o movimento da Reforma Sanitária, surge também o Movimento Popular de Saúde, dando início a apresentação das primeiras experiências de organização voltada à Atenção Primária, em municípios como Londrina, no Paraná, e Niterói, no Rio de Janeiro.

Segundo Pimenta (2013), foi na década de 1980 que começaram a ser discutidas novas estratégias para melhorar a condição de saúde da população. Propõe-se então, um conceito de saúde que considere também o ambiente, os fatores condicionantes e determinantes de saúde, um conceito ampliado de saúde e não apenas o recomendado pela OMS: “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doenças” (WHO, 1946, p.1).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública definindo a saúde como um direito fundamental do ser humano, incorporando novas dimensões ao seu conceito, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (PIMENTA, 2013).

O artigo 196 da Constituição Federal brasileira menciona que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,1988).

Pimenta (2013) esclarece que ao instituir a saúde em sua constituição, o Brasil pela primeira vez assume a responsabilidade pela saúde de toda sua população, advindo ao seu conceito fatores sociais, ambientais e econômicos, dentre outros que interferem direta ou indiretamente na qualidade de vida e na saúde da população. Assim, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a saúde passou a ser um direito constituído de todos os cidadãos. O SUS teve suas diretrizes regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde, onde consta em seu artigo 3º que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

Em 1990 o Governo editou as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988.

O SUS é definido com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 - II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 - III. Participação da comunidade
- Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1990)

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento (BRASIL, 1990).

Polignano (2015) relata que devido a criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS tornou-se obsoleto e foi extinto em 1993. E em 1994 o INSS, alegando não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que a partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social.

Os serviços de saúde devem ser estruturados estabelecendo critérios epidemiológico, sociais e demográficos para atender as normas estabelecidas pelo SUS, para que possam atender às reais necessidades da população com planejamento e definições de políticas públicas que atendam aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (ESPEZIM; GELLER, 2007, p.25).

Para Paim (2012) a sociedade espera que o setor saúde cuide das pessoas e da população, mediante ações coletivas e individuais. A saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença, tem o propósito de que as pessoas possam ter uma vida de qualidade. Nessa perspectiva, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, alimentação saudável, qualidade de vida, com conhecimentos científicos e tecnológicos, com a formação de profissionais e trabalhadores para este setor, permitindo identificar uma dimensão da saúde, a área do saber. Ao lado do saber estão as Universidades, escolas e Institutos de pesquisa onde produzem conhecimento, tecnologias e inovações, garantindo a sua transmissão e difusão mediante a atividades de ensino, de extensão e cooperação técnica.

Assim em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, surgiu como “uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção, atenção e

formação) à saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos do ensino público” (BRASIL, 2007).

Tendo assim a sua principal importância nos Programas de Saúde na escola. Pois segundo Paim (2012) a saúde possui três dimensões: estado vital, setor produtivo e área do saber. E para Buss (1993) o exame dos contextos socioeconômico, sanitário, epistemológico e dos sistemas e serviços de saúde é fundamental para a formulação das concepções teórico-conceituais e das práticas das escolas de saúde pública.

2.2 GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

As ações educativas em saúde na escola no Brasil, estiveram presentes nos discursos oficiais na época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. No início do século XX, na concepção higienista-eugenista, a educação em saúde tendia o desenvolvimento de uma população sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplina na infância. As práticas pedagógicas eram focadas em ações individualistas, mudança de comportamentos e atitudes, sem muitas vezes considerar as inúmeras condições de vida da realidade na qual as crianças estavam inseridas (CARVALHO, 2015).

Para Carvalho (2015) às políticas e programas ganharam espaço com o objetivo de prestar assistência e abordar a saúde na escola buscando pela universalização dos sistemas de ensino, o que aumenta o potencial para ações de Programas de Saúde na Escola, relata que as práticas educativas em saúde se tornam atividades preventivas pois a escola é identificada como um espaço que é desenvolvido programas orientados pela pedagogia tradicional.

Os resultados de vários estudos indicaram que o modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças como educação para saúde, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitude e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos, assim na década de 80 a crítica pelo setor de educação ao setor de saúde, de que este não utilizava a escola como uma aliada e parceira tornou-se mais contundente. (BRASIL, 2006).

Em 1974 foi publicado pelo governo do Canadá o Informe Lalonde, onde define o conceito de Campo da Saúde por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo

de vida e organização da atenção à saúde. Foi com este documento que surgiu a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia para criação de espaços saudáveis e protetores. Assim no início dos anos 90, com o aumento das críticas de pouca efetividade da educação em saúde nas escolas, as propostas do setor de Educação estavam fortalecendo as políticas de promoção da saúde com a recomendação pelo Ministério da Saúde para criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL, 2006).

Assim segundo Stewart-Brown (2006) a promoção da saúde escolar tem evoluído durante as últimas décadas, sendo desenvolvido nos anos 90 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito e iniciativas das Escolas Promotoras de Saúde onde aborda o desenvolvimento de competência em saúde dentro das salas de aula, transformando o ambiente físico e social das escolas e criando um vínculo e parceria com a comunidade.

Figueiredo, Machado e Abreu (2008) relatam que, desde 1995, que surgiu as escolas promotoras de saúde, envolvendo um trabalho articulado entre educação, saúde e a sociedade, requerendo a participação da comunidade educativa para identificar problemas de saúde e definir estratégias para enfrentá-los. Tratando de estratégias de promoção à saúde em espaços escolares com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si:

1. Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;
 2. Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e
 3. Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.
- (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU. 2010. p.399)

Segundo Ippolito-Shepherd (2003), a escola promotora de saúde é uma instituição educacional que implementa políticas e estratégias que fomentam e apoiam aprendizagem e saúde e ações que conduzam a melhorar a saúde de seus membros e trabalha com os líderes da comunidade. Oferecem inúmeras oportunidades de crescimento e desenvolvimento para as crianças e adolescentes, além de permitir a participação dos setores saúde e educação com a família e a comunidade. Assim busca criar ambientes livres de fumo, drogas, abusos e qualquer forma de violência, promovendo atividades que se estendam para fora da escola e promovendo treinamento efetivo a professores e educadores.

Visando alcançar a integralidade do enfoque da área da saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolve pais, professores e comunidades. Metodologias dessa natureza devem permear todas as atividades desenvolvidas, tais como

diagnóstico das necessidades de saúde da população escolar; desenvolvimento curricular de forma integrada; preparação de material didático; formação permanente de professores e funcionários; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas; e difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados (BRASIL, 2006).

Na visão de Silva (2007), a Escola Promotora de Saúde se torna uma importante estratégia para buscar uma cidade mais saudável com uma visão de inclusão e participação. Assim a escola pode exercer um papel protagonista de práticas educativas em saúde.

Considerando o Ensino Infantil, o Fundamental e o Médio, verifica-se que cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes estão acessíveis às ações de educação, promoção e assistência à saúde no sistema educacional brasileiro (BRASIL, 2006).

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis. As iniciativas de promoção da saúde escolar constituem ações efetivas, o que pode ser potencializado no Brasil pela participação ativa das equipes de Saúde da Família, sempre em associação com as equipes de educação (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

No entanto, mudanças ocorrerão e as práticas pedagógicas renasceram em 2007 com o Programa Saúde na Escola (PSE), que foi instituído através do decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), que dá continuidade a uma política intersetorial entre os ministérios da saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), abrangendo os entes federados nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Os principais objetivos deste Programa são: Promover a saúde e prevenção de agravos à saúde, além de articular ações conjuntas das redes de saúde e educação de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações aos estudantes e familiares e assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes, contribuir para a formação de educandos e promoção da cidadania e direitos humanos e fortalecer os enfrentamentos das vulnerabilidades que possa comprometer o desenvolvimento escolar. (BRASIL, 2007)

A promoção da saúde escolar deve evitar agravos e promover a saúde e qualidade de vida, construindo um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

Tendo uma política de concepção a oferta de ações de atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira, que compreende a educação infantil, o ensino fundamental e médio, a educação profissional e tecnológica e a educação de jovens e adultos (EJA), no espaço das escolas e/ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

O Caderno de Atenção Básica relata que:

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. Desse modo, pode tornar-se lócus para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2009, p.10).

Entre os desafios mais importantes das ações de promoção da saúde na escola, estão:

- (1) A integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares;
- (2) A instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para apoiar e fortalecer as iniciativas;
- (3) A identificação e a vigilância de práticas de risco;
- (4) O monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (BRASIL, 2009, p.16).

Em 13 de julho de 1990, foi promulgada a lei 8.069, que dispõe sobre a proteção de crianças e adolescentes. O destaque à saúde está presente no Título II, que trata dos direitos fundamentais, sendo o Capítulo I referente ao direito à vida e à saúde, cujo Artigo 7 diz que “a criança e ao adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990).

Em 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional em Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essa política está firmada em diretrizes descritas em um manual denominado Marco Legal. O manual recomenda ações profiláticas e integradas com a escola, a família e a comunidade tornando assim as diretrizes um desafio para os sistemas de saúde regionais onde deve atingir o objetivo da promoção de saúde, difusão e

adoção de hábitos saudáveis, multiplicando para seus pares a importância da saúde, numa visão biopsicossocial (BRASIL, 2005).

Em 2010 foram lançadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. As diretrizes recomendam a construção de estratégias pelos gestores e profissionais da saúde, visando à redução da vulnerabilidade dos adolescentes (BRASIL, 2010).

Nesse sentido ações de promoção do desenvolvimento e o bem-estar humano em sua multidimensionalidade, as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde indicam temas estruturantes para os serviços de saúde, que pretendem adotar a visão de adolescentes e jovens como sujeitos plenos de direitos, socialmente mais responsáveis e mais cooperativos, com capacidade de posicionamento frente à vida e à sua saúde. Essas diretrizes detalham sete temas estruturantes, propondo aspectos conceituais e metodológicos a serem considerados em cada um deles. Os temas referem-se à participação juvenil, à equidade de gêneros, aos direitos sexuais e reprodutivos, ao projeto de vida, à cultura de paz, à ética e cidadania, à igualdade racial e étnica (BRASIL, 2010).

Para Carvalho (2015), um dos principais eixos estratégicos para a promoção a saúde é a educação em saúde. Martins (2011) coloca que o trabalho na escola é oportuno, por ser um ambiente onde os adolescentes passam grande parte do dia e que é familiar, favorecendo a expressão de suas dúvidas, medos e sentimentos, propondo momentos de reflexão e discussão, onde ocorre uma expansão do conhecimento dos adolescentes sobre a sexualidade e a vulnerabilidade dessa fase de vida.

Sendo assim percebe-se a importância da integração da educação e da saúde no contexto escolar, pois irão promover ações preventivas e/ou intervenção destinadas à população de escolares, sendo uma das propostas destes programas, integrar os profissionais, transformando-os em grandes aliados para mostrar de forma mais adequada as questões que envolvem a sexualidade e temas afins (SANTOS, 2017).

Além do tema sexualidade, DST's e alimentação saudável também é um objetivo do PSE, procurando enfatizar a promoção e prevenção da saúde na comunidade no âmbito escolar, mostrando a importância da prática de bons hábitos como meio para prevenção de doenças

cardiovasculares e obesidade (GIOCOMOZZI, 2012). É importante ressaltar, que o processo de intervenção precisa ser contínuo e iniciado em idade precoce para que as crianças e adolescentes alcancem uma mudança de vida por meio da educação nutricional integrada a outras ações, como a prática de atividade física (FEFERBAUM, 2012).

Com a presença dos profissionais de saúde nas escolas, é possível realizar um levantamento da realidade dos estudantes, que permitirá aos profissionais integrantes a realização de referidos projetos, que irão ser desenvolvidos e trabalhados no âmbito da implementação de ações com a saúde. Permitindo traçar o perfil dos adolescentes nas escolas e desenvolver ações, procurando aproximar a comunidade da escola (GIOCOMOZZI, 2012).

A Enfermagem é um dos profissionais que desempenha um importante e necessário papel nas relações entre seres humanos, sociedade, pesquisa, saúde e educação. Pode-se citar, as ações de educação em saúde, que buscam promover a formação do conhecimento em saúde individual e coletiva, de acordo com a realidade de cada pessoa e grupo social. Além disso, oportuniza a promoção da saúde sob o foco de atitudes saudáveis no modo de se viver (OLIVEIRA; ANDRADE; RIBEIRO, 2009).

Segundo Santos (2010) o enfermeiro exerce o papel de educador, trabalha com atividades que estimulem à saúde e qualidade de vida. Sobressai nas ações de prevenção no intuito de preparar o indivíduo, objetivando o desenvolvimento de habilidades de autocuidado. A Enfermagem facilita nas tomadas de decisões, pois conjuntamente com a escola, reforça-se a importância das atividades de educação em saúde, que repercutiram de forma positiva para o futuro destes alunos envolvidos e servirá de motivação, que deve ser uma atitude constante neste processo. Assim, o profissional do enfermeiro enquanto educador assume um papel social cultural e histórico em preparar o indivíduo, numa participação ativa e transformadora, nas diferentes possibilidades de nascer, viver e morrer em uma sociedade.

Assim, os profissionais de saúde, o ambiente escolar e a família são recursos importantes, que podem influenciar de forma positiva ou negativa o compromisso e o envolvimento das pessoas com comportamentos que levam à promoção da saúde. Dessa forma, é vital para a promoção à saúde as práticas educativas em saúde no ambiente escolar, pois atua diretamente na formação cognitiva do cidadão (DUARTE, 2015).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas é um fenômeno precoce e regular entre os jovens, principalmente no que tange a ingestão de álcool. No Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens se inicia por volta dos 12 anos de idade, ainda na pré-adolescência (LAMARCA e VETTORE, 2013).

Souza e Silveira (2007) relatam que, tanto as drogas lícitas como as ilícitas, têm sido consumidas de forma abusiva principalmente por jovens durante a educação básica. Assim, diante desse cenário, as práticas educativas em promoção em saúde são mais uma estratégia no enfrentamento do consumo de substâncias lícitas e ilícitas por crianças e adolescentes, ao se desenvolver ações que ampliem a conscientização desses jovens sobre o problema e despertem novas perspectivas de vida dentro da comunidade.

Sendo assim, há necessidade de estabelecer a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Assim os profissionais de Saúde e de Educação, devem assumir uma atitude permanente de promoção da autonomia dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas (BRASIL, 2015).

2.3 GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – PNAES

No Regulamento da Conduta Discente do Instituto Federal Catarinense está prevista no Capítulo III; Art. 11, inciso XIII:

Receber atendimento social, psicológico, pedagógico e de saúde, de acordo com a estrutura disponível no *campus*, além de ter acesso ao programa de assistência estudantil e atendimento às necessidades educacionais específicas, desde que atendidos os pré-requisitos. (IFC. 2017)

As políticas de assistência estudantil fazem parte das políticas públicas sociais por meio de leis ou ordem jurídica como um sistema constitucional-legal onde coordena e regula toda a sociedade atuando com ações sociais (CARRANO; BERTASSI; SILVA, 2018).

As políticas educacionais, como o Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES), aparece como uma ação assistencial que visa a atender às necessidades sociais básicas dos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, promovendo a sua inclusão social, a produção de conhecimento, a melhoria do desempenho acadêmico e a qualidade de vida, com o objetivo de diminuir a evasão universitária no país (ASSIS, 2013).

As políticas sociais voltadas para a área de educação, podemos observar que a Constituição de 1988 as reforçou, transformando a educação em um direito de todo cidadão e

um dever do Estado e da família, garantindo o acesso à escola, mas também prezando pela qualidade do ensino (FERREIRA; SANTOS, 2014).

A Constituição Federal de 1988, juntamente com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB n. 9.394/1996) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA n. 8.069/1990), proporcionou a definição e a alteração de várias políticas públicas educacionais, com o sentido de garantir o acesso às escolas e trabalhar na construção da sociedade a partir de uma educação de qualidade. Essa construção envolve o Estado e a sociedade, em busca de uma maior inclusão social, que objetiva a igualdade de oportunidades entre as classes (FERREIRA; SANTOS, 2014).

Para Assis (2013) a assistência estudantil é como uma ação assistencial, que visa a atender às necessidades sociais básicas da população, respondendo às demandas dos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, para a promoção da inclusão social, produção de conhecimento, melhoria do desempenho acadêmico e qualidade de vida. O Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (Fonaprace), caracteriza essa política como um conjunto de princípios e diretrizes que norteiam a implantação de ações para garantir a inclusão social, um melhor desempenho acadêmico e melhores condições de vida (FONAPRACE, 2011).

A Assistência estudantil esteve presente no Brasil desde a Constituição Federal de 1934, que no artigo 157, previa a doação de fundos aos estudantes necessitados, por meio do fornecimento de material escolar, bolsa de estudo, assistência alimentar, dentária e médica. Em 1937, o Ministério da Educação apoiou a criação da União Nacional de Estudantes (UNE), importante órgão na luta pelos direitos à assistência estudantil (KOWALSKI, 2012). Desde então, vieram se concretizando as políticas de assistência estudantil em defesa dos alunos carentes nas universidades, por meio de ações governamentais, sob pressão dos estudantes e de ações populistas. Essas políticas atuam não somente no sentido de permitir o acesso dos jovens às atividades acadêmicas, mas também como possibilidade de permanecerem nos estudos, prevenindo a retenção e a evasão (BETZEK, 2015).

Atualmente o PNAES é a principal Política de Assistência Estudantil que está em vigor desde 2008. Em 2010, esse instrumento foi transformado no Decreto nº 7.234/2010, que busca fornecer subsídios para a permanência dos alunos de baixa renda nos cursos de graduação presencial, visando a contribuir para que haja um melhor desempenho acadêmico do aluno contemplado, evitando a repetência e, principalmente, a evasão universitária (ASSIS, 2013).

A Assistência Estudantil, estabelece nestes princípios, rompendo a concepção de um programa de transferência de recursos financeiros ou atendimento pedagógico, social e

psicológico a alunos pobres. Essa política é fruto de luta e movimentos sociais que defendem melhores condições de vida a todos e acesso à educação pública de qualidade. Sendo assim, um mecanismo de direito que possibilita à qualidade profissional, com vista ao desenvolvimento social, ao favorecer a permanência dos alunos com baixa condições socioeconômicas e suas ascensões. (ABREU, 2012; VASCONCELOS, 2010).

De acordo com o Decreto Federal nº 7.234, no Art. 2º o PNAES tem como objetivo:

- I. democratizar as condições de permanência dos jovens na educação superior pública federal;
- II. minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais na permanência e conclusão da educação superior;
- III. reduzir as taxas de retenção e evasão; e
- IV. contribuir para a promoção da inclusão social pela educação. (BRASIL, 2010)

E no Art. 3º, § 1º traz as ações de assistência estudantil do PNAES que deverão ser desenvolvidas nas seguintes áreas:

- I. moradia estudantil;
- II. alimentação;
- III. transporte;
- IV. atenção à saúde;
- V. inclusão digital;
- VI. cultura;
- VII. esporte;
- VIII. creche;
- IX. apoio pedagógico; e
- X. acesso, participação e aprendizagem de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação. (BRASIL, 2010)

Em seu Art. 4º os Institutos Federais de Educação, Ciências e tecnologias foram incluídos no Programa Nacional de Assistência Estudantil conforme segue:

As ações de assistência estudantil serão executadas por instituições federais de ensino superior, abrangendo os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, considerando suas especificidades, as áreas estratégicas de ensino, pesquisa e extensão e aquelas que atendam às necessidades identificadas por seu corpo discente. (BRASIL, 2010).

Conforme o Site Oficial do IFC – *campus* Camboriú, o Programa de Assistência Estudantil (PAE):

É um conjunto de ações implementadas pela Diretoria de Assuntos Estudantis, que visa criar condições de acesso, permanência e aproveitamento pleno da formação acadêmica e por conseguinte a conclusão do curso. Estas ações são destinadas a todos os estudantes matriculados nos cursos de graduação, ensino técnico de nível médio que atendam os critérios dos editais.

Além disso, objetiva oferecer auxílio financeiro aos estudantes em vulnerabilidade social para o custeio complementar de despesas com moradia, transporte, alimentação, aquisição de material didático promovendo inclusão social, formação plena, produção de conhecimento, melhoria do desempenho acadêmico e bem-estar biopsicossocial. Estas ações devem ser integradas à finalidade da formação acadêmica sem assumir ou se justapor aos demais suportes sociais, caracterizados pela família, redes sociais e as políticas públicas locais. (IFC, 2020).

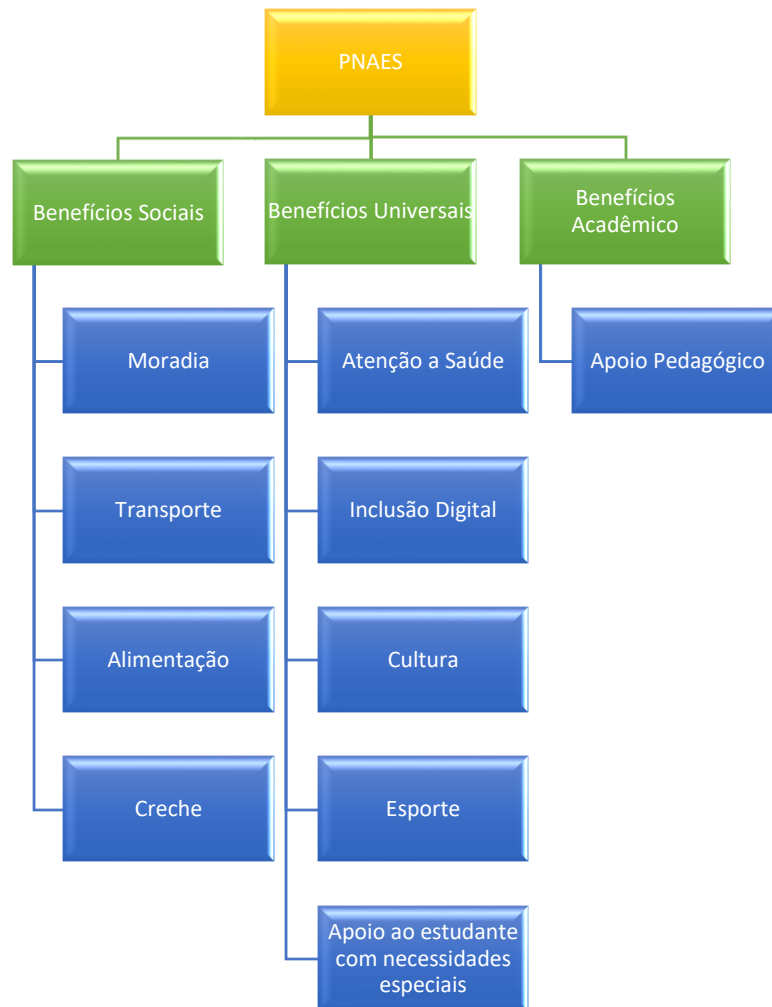
Neste sentido, compartilhamos da perspectiva de Assistência Estudantil pontuada por Vasconcelos (2010) e Souza (2011):

A Assistência Estudantil, enquanto mecanismo de direito social, tem como finalidade prover os recursos necessários para transposição dos obstáculos e superação dos impedimentos ao bom desempenho acadêmico, permitindo que o estudante desenvolva-se perfeitamente bem durante a graduação e obtenha um bom desempenho curricular, minimizando, dessa forma, o percentual de abandono e de trancamento de matrícula. (VASCONCELOS, 2010, p. 8).

A Assistência Estudantil [...] transita em todas as áreas dos direitos humanos, compreendendo ações que proporcionem desde as ideais condições de saúde, o acesso aos instrumentais pedagógicos necessários à formação profissional, nas mais diferentes áreas do conhecimento, o acompanhamento às necessidades educativas especiais, até o provimento dos recursos mínimos para a sobrevivência do estudante, tais como, moradia, alimentação, transporte e recursos financeiros. (SOUZA, 2011, p. 3).

Assim, os IFS fazendo uso de sua autonomia e com base nas necessidades de seus discentes, considerando o perfil socioeconômico e a região em que estão inseridos, passaram a oferecer benefícios diversificados. Taufick (2013) reuniu os benefícios e os categoriza em três: Benefícios Sociais, Universais e Acadêmicos como na figura abaixo, onde vemos esses benefícios conforme são previstos no decreto de instituição do PNAES.

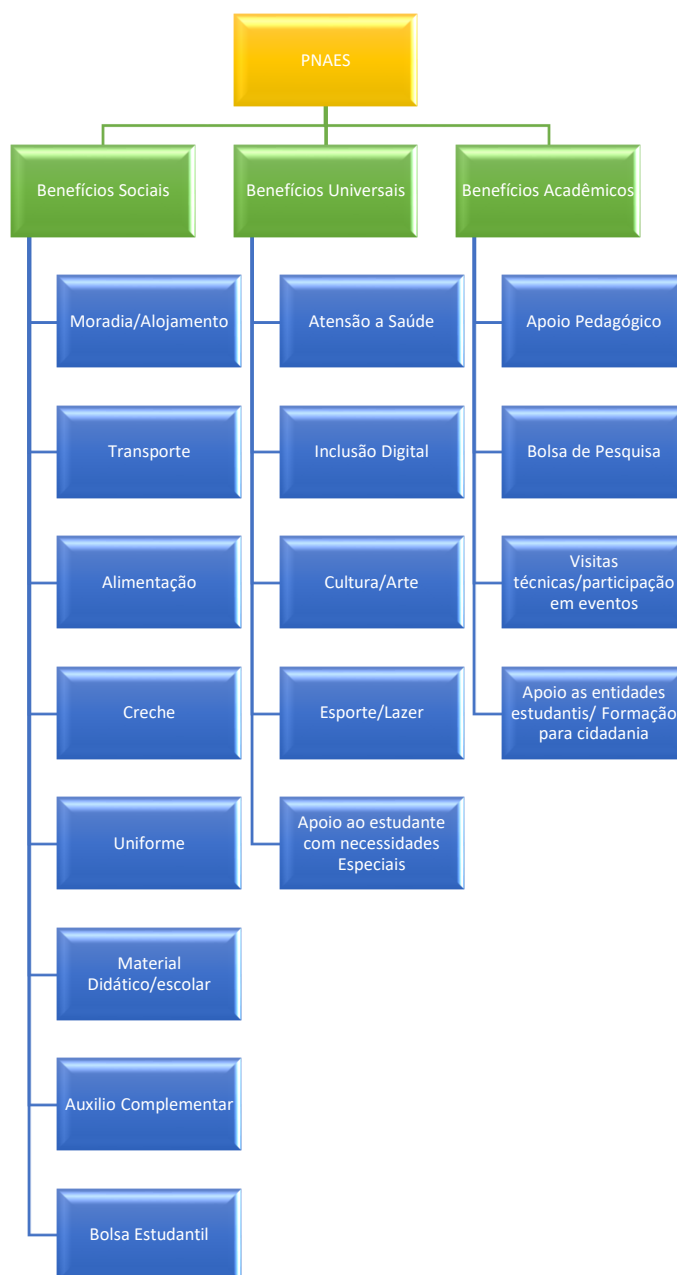
Figura – 1: Benefícios previstos no Política Nacional de Assistência Estudantil PNAES.



Fonte: Taufick, 2013, elaborado com base no Decreto nº 7.234/2010.

Na próxima figura Taufick (2013) reuniu os benefícios conforme concedidos pelos Institutos Federais:

Figura – 2: Benefícios da Assistência Estudantil concedidos pelos Institutos Federais



Fonte: Elaboração Taufick, 2013. Regulamentos da Assistência Estudantil dos Institutos, atualizado pela autora em 2016.

Os Institutos Federais ampliam os benefícios previstos no PNAES, nas três modalidades na tentativa de circunscrevê-la a realidade social, cultural, educativa e administrativa, resultando na diferenciação entre os Institutos Federais e as Universidades em relação a execução da política (TAUFICK, 2013).

Nesse sentido segundo Jesus (2016) os Institutos Federais apontam a Coordenação de Assistência Estudantil como responsável pela condução do processo, com uma comissão formada por uma equipe multidisciplinar constituída por assistentes sociais, pedagogos,

técnicos em assuntos educacionais, psicólogos, profissionais de saúde, assistentes de alunos e educadores.

Segundo o Ort. 9º do Regimento Interno dos Serviços de Enfermagem (2019):

O Serviço de Enfermagem do Instituto Federal Catarinense atualmente está distribuído por diversos *campi*: Araquari, Camboriú, Concórdia, Rio do Sul, Santa Rosa do Sul, Videira, onde é vinculado à CAE/CGAE e está diretamente subordinado à Coordenação de Assistência Estudantil (CAE) da Reitoria.

§ 1º Nos *campi* onde não há Enfermeiro(a), os profissionais integram a equipe multidisciplinar, vinculada à CAE/CGAE.

Em seu Art. 5º:

A Equipe de Enfermagem atuará, preferencialmente, em ações preventivas e de promoção à saúde, direcionadas para a melhoria da qualidade de vida dos discentes, servidores e demais membros da comunidade escolar, por meio de palestras socioeducativas de orientação à saúde pessoal e coletiva, e participará das campanhas nacionais de combate às endemias e epidemias, dentre outras, conforme a necessidade observada em cada localidade, e de acordo com as ações propostas pela Reitoria conforme calendário institucional.

O Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú possui serviço de Enfermagem desde 1994, onde já possuía serviço médico e de odontologia desde 1986, por possuir internato seguindo as políticas da época, segundo relato dos servidores do setor.

Segundo o perfil dos Colégios Agrícolas, o Instituto Federal oferece moradia estudantil destinada prioritariamente, aos estudantes menores de 18 anos, do ensino técnico, matriculados em cursos presenciais, que se encontrem em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Os *campi* que possuem moradia estudantil são: Araquari, Camboriú, Concórdia, Rio do Sul, Santa Rosa do Sul, sendo que em Camboriú foi encerrada a oferta em 2020 (IFC, 2019).

Segundo a Resolução nº 59/2019 Art. 1º, Parágrafo único:

Para fins deste regulamento, entende-se por Moradia Estudantil a oferta de dormitórios coletivos, com regramentos que estabelecem as normas de acesso, convivência, utilização, conservação e permanência, pelos estudantes regularmente matriculados no IFC.

Figura – 3: Setor de Saúde do IFC – Camboriú



Fonte: Pimenta, 2019.

Ao término deste referencial teórico desenvolvido como embasamento para o presente trabalho, podemos analisar a importância de buscar indicativos para melhorar o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú através do Programa Saúde na Escola, que tem grande importância para melhorar a qualidade de vida dos alunos e da comunidade em geral, caracterizando a necessidade de uma vida saudável. Podemos analisar com os principais aspectos da gestão de saúde no Brasil a evolução da saúde e a importância de desenvolver políticas públicas voltada a educação em saúde.

Destaca-se também a importância do Programa Nacional de Assistência Estudantil que apoia a permanência de estudantes de baixa renda nas instituições federais de ensino, viabilizando a igualdade de oportunidade e contribuindo para melhor desempenho acadêmico, tendo a saúde como um importante benefício.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste item será caracterizada a pesquisa, será apresentado o campo de investigação no setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa proposta neste trabalho pode ser classificada conforme exibido no Quadro 1:

Quadro 1 – Características da Pesquisa

CARACTERÍSTICA DA PESQUISA	CARACTERÍSTICA ADOTADA NO TRABALHO
Objetivo Geral	Bibliográfica e de Campo
Natureza	Aplicada
Problema	Qualitativa
Objetivos Específicos	Exploratória e Descritiva
Procedimentos Técnicos	Estudo de Caso

Fonte: Adaptado de Vianna (2013)

Conforme o Quadro 1, esta pesquisa, em relação ao objetivo geral pode ser classificada como uma pesquisa bibliográfica e de campo. Segundo Zanella (2013 p.36-38) a pesquisa de campo “dependem de informações transmitidas pelas pessoas” e “procuram maior profundidade nas variáveis estudadas”, e para a Bibliográfica permite ao pesquisador uma cobertura mais ampla.

No estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo. Também se exige do pesquisador que permaneça o maior tempo possível na comunidade, pois somente com essa imersão na realidade é que se podem entender as regras, os costumes e as convenções que regem o grupo estudado (GIL, 2002, p.53).

Quanto à natureza da pesquisa utilizada é a aplicada, onde segundo a ABNT, busca gerar conhecimento para a aplicação prática e dirigida à solução de problemas que contenham objetivos anteriormente definidos. Envolve conhecimento disponível, de diversas fontes, visando uma utilidade econômica e social.

Para Zanella (2013, p.32-33) “A pesquisa científica aplicada tem como finalidade gerar soluções aos problemas humanos, entender como lidar com um problema.” relata ainda que “esse tipo de pesquisa aplicada tem um referencial teórico como base para analisar a realidade a ser estudada.”

Quanto ao problema da pesquisa utilizada é qualitativa, onde o pesquisador vai ao campo coletar informações, a pesquisa é baseada na interpretação dos dados coletados através de entrevistas e análise bibliográfica. Godoy (1995, p. 63) apresenta o argumento que:

Quando estamos lidando com problemas pouco conhecidos e a pesquisa é de cunho exploratório, este tipo de investigação parece ser o mais adequado. Quando o estudo é de caráter descritivo e o que se busca é o entendimento do fenômeno como um todo, na sua complexidade, é possível que uma análise qualitativa seja a mais indicada. Ainda quando a nossa preocupação for a compreensão da teia de relações sociais e culturais que se estabelecem no interior das organizações, o trabalho qualitativo pode oferecer interessantes e relevantes dados. Nesse sentido, a opção pela metodologia qualitativa se faz após a definição do problema e do estabelecimento dos objetivos da pesquisa que se quer realizar.

Quanto aos objetivos específicos esta pesquisa pode ser classificada como exploratória, e descritiva. Para Zanella (2013, p. 33):

Pesquisa descritiva: procura conhecer a realidade estudada, suas características e seus problemas.” e a exploratória “tem a finalidade de ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno.

Quanto aos procedimentos técnicos adotados na coleta de dados na presente pesquisa optou-se pelo Estudo de Caso que representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porque” e procuram conhecer a realidade da organização estudada para identificar indicativos de melhorias (YIN, 2001; ZANELLA, 2013).

3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O local escolhido para o estudo de caso foi o Setor de Saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú que possui uma equipe multiprofissional integrada por 01 médico, 01 odontólogo, 02 enfermeiros e 02 técnicos em enfermagem que oferecem assistência a toda a comunidade escolar.

A equipe do setor atua realizando atendimento ambulatorial com atendimento médico, odontológico e de enfermagem, exames médicos admissionais e periódicos, perícias médicas e odontológicas, além das orientações sobre comunicações de acidentes em serviço conforme instituído pelo SIASS.

3.3 FONTE DA PESQUISA

Em um primeiro momento, foi realizada a coleta de dados bibliográficos através da consulta a livros, revistas, artigos científicos, dissertações, matérias na internet, e documentais através de consultas a fotografias antigas e diários referentes às bases históricas do Colégio Agrícola de Camboriú (CAC), documentos oficiais como leis, decretos, portarias, resoluções, programas de governo relacionados à Saúde na Escola, publicações da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Instituto Federal Catarinense.

Após análise dos dados bibliográficos e documentais coletados, foram realizadas entrevistas a servidores do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da obtenção de fontes primária e secundária, através da pesquisa documental e das entrevistas.

Com o intuito de identificar ações e programas de saúde na escola para melhorias no setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú foi realizada uma pesquisa documental. Segundo Lakatos e Marconi (2003, p.158) “antes de iniciar qualquer pesquisa de campo, o primeiro passo é a análise minuciosa de todas as fontes documentais, que sirvam de suporte à investigação projetada.”

Para investigar a trajetória histórica do setor de saúde visando identificar indicativos de melhoria para o setor de saúde foram realizadas entrevistas individuais aos servidores que estão na Instituição desde a época do Colégio Agrícola de Camboriú – CAC e aos servidores atuais que fazem parte da gestão e da equipe de saúde do *campus*.

Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes (GIL. 2008, p.109).

No primeiro momento, foi realizado a coleta de dados documentais através da consulta a documentos a políticas de saúde na escola como leis, decretos, portarias, resoluções, programas de governo relacionados à Saúde na Escola, publicações da Organização Mundial

da Saúde, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Instituto Federal Catarinense e fotografias antigas e diários referentes às bases históricas do Colégio Agrícola de Camboriú (CAC).

Após a coleta de dados documentais, foram realizadas entrevistas a informantes-chaves, que estão na Instituição desde a época do Colégio Agrícola de Camboriú para coletar relatos históricos sobre o problema de pesquisa no contexto do caso estudado. Os entrevistados responderam a nove questões, conforme Apêndice A no período 12 a 13 de maio de 2021. O Quadro 2 identifica os servidores entrevistados:

Quadro 2 – Identificação dos servidores entrevistados – Colégio Agrícola de Camboriú

A1	Entrevistado 1 – Servidor do Colégio Agrícola de Camboriú
A2	Entrevistado 2 – Servidor do Colégio Agrícola de Camboriú
A3	Entrevistado 3 – Servidor do Colégio Agrícola de Camboriú
A4	Entrevistado 4 – Foi aluno e servidor do Colégio Agrícola de Camboriú
A5	Entrevistado 5 – Foi aluno e servidor do Colégio Agrícola de Camboriú

Fonte: Autor

Posteriormente, no período de 13 a 14 maio de 2021 foram realizadas entrevistas a informantes-chaves, que fazem parte da gestão e servidores do setor de saúde do IFC, para um levantamento de possíveis indicativos de melhorias para o setor de saúde. Os entrevistados responderam onze questões, conforme o Apêndice B. O Quadro 3 identifica os servidores entrevistados:

Quadro 3 – Identificação dos servidores entrevistados – IFC – *campus* Camboriú

B1	Entrevistado 1 – Gestão do IFC – <i>campus</i> Camboriú
B2	Entrevistado 2 – Gestão do IFC – <i>campus</i> Camboriú
B3	Entrevistado 3 – Gestão do IFC – <i>campus</i> Camboriú
B4	Entrevistado 4 – Servidor da Saúde do IFC – <i>campus</i> Camboriú
B5	Entrevistado 5 – Servidor da Saúde do IFC – <i>campus</i> Camboriú
B6	Entrevistado 6 – Servidor da Saúde do IFC – <i>campus</i> Camboriú
B7	Entrevistado 7 – Professor do Curso de TST do IFC – <i>campus</i> Camboriú

Fonte: Autora

Dos servidores do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú, foram entrevistados 9 servidores por ocuparem cargos ou funções chave para esta. A entrevista foi dividida em duas etapas, sendo a primeira aos servidores que estão na instituição desde o Colégio Agrícola de Camboriú e a segunda etapa aos servidores que fazem parte da atual gestão e servidores do setor de saúde.

Na primeira etapa foram entrevistados dois servidores que foram alunos do antigo CAC e após a formatura foram trabalhar no Colégio. Três servidores do setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú participaram das duas etapas da pesquisa. E por fim na segunda etapa foram entrevistados três servidores da gestão do *campus* diretamente ligados às tomadas de decisões do setor e um entrevistado foi o Professor do Curso de Técnico em Segurança do Trabalho que está sempre em parceria com o setor em algumas atividades.

Os servidores foram convidados pela pesquisadora, por contato através do email. A pesquisa foi realizada por meio de entrevista, com perguntas abertas, baseadas em um roteiro previamente estabelecido, de acordo com os objetivos propostos neste trabalho, conforme exhibe o Quadro que se encontra nos Apêndices A e B.

Foram realizadas através do aplicativo Google Meet devido a importância de manter o distanciamento social devido a pandemia da Covid – 19, gravadas pelo aplicativo, com tempo aproximado de duração de 25 a 40 minutos, sendo transcritas na íntegra, para posterior análise dos dados, pois na pesquisa descritiva se:

observa, registra, analisa e ordena dados, sem manipulá-los, isto é, sem interferência do pesquisador. Procura descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas, relações com outros fatos. Assim, para coletar tais dados, utiliza-se de técnicas específicas, dentre as quais se destacam a entrevista, o formulário, o questionário, o teste e a observação (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 52).

O estudo foi previamente aprovado pela Direção da referida Instituição com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para dar início a coleta de dados, os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, após a leitura e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foi respeitada a dignidade, autonomia, vulnerabilidade dos participantes, sendo assegurada a espontaneidade de permanência, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida em qualquer etapa da pesquisa, tendo a equiparação dos riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo que danos previsíveis fossem evitados. Foi mantida a confidencialidade, e privacidade dos dados da coleta do participante, o entrevistado escolheu o dia e o horário e tiveram a preferência pelo

aplicativo Google Meet, para que o mesmo se sentisse mais à vontade e confortável. Para identificar as falas dos participantes, e preservação de seu anonimato, foi utilizado as seguintes denominações “A1, A2, A3, A4 e A5” para os servidores do CAC e “B1, B2, B3, B4, B5, B6 e B7” aos servidores do IFC – *campus* Camboriú.

3.5 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta os dados foram organizados e transcritos. A técnica de análise de dados foi a análise de conteúdo descritiva e interpretativa (BARDIN, 2011).

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Buscou-se analisar as respostas obtidas, posteriormente organizando-as em categorias, para uma identificação e interpretação individual, através dos dados coletados, atribuindo sentido e encaixando-os no contexto para transmitir significado. O processo de formação das categorias de análise foi concretizado conforme previsto por Bardin (2011). Análise categorial pelo fato de ser a melhor alternativa quando se quer estudar opiniões, atitudes, crenças e valores, através de dados qualitativos (BARDIN, 1977). Assim a interpretação dos resultados se deu pela análise de conteúdo.

Desta forma foi possível compreender o entendimento dos entrevistados a respeito de como é o atendimento no setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú e identificar indicativos de melhorias segundo as categorias de análise, a saber:

- Evolução do setor de saúde do CAC ao IFC;
- Aspectos que facilitam e dificultam mudanças no setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú;
- Educação em saúde dentro do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú; e
- Avaliação do setor de saúde.

4 A INSTITUIÇÃO SEDE DE PESQUISA

Conforme histórico do IFC – *campus* Camboriú, em 08 de abril de 1953 foi fundado o Colégio Agrícola de Camboriú – CAC após um acordo firmado entre o Governo Federal e o Estado de Santa Catarina, publicado no Diário Oficial da União em 15 de abril de 1953.

Após a criação da primeira Lei Global de Educação – Lei 4.024/61, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que reconheceu e estabeleceu a plena equivalência entre os cursos profissionalizantes e os propedêuticos, o Colégio Agrícola de Camboriú iniciou suas atividades pedagógicas.

Figura – 4: Imagem aérea do Colégio Agrícola de Camboriú na década de 1950



Fonte: Blog do Mariot. 2011

Sobral (2009) relata que após 15 anos da Lei Orgânica do Ensino Agrícola, entrou em vigor a Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, que estabeleceu as diretrizes e bases da Educação Nacional, (LDB) estruturando o ensino em 3 (três) graus: primário, médio e superior.

Em 20 de julho de 1964 o Município de Balneário Camboriú emancipou-se do Município de Camboriú, segundo Schlickmann (2016), havia dois projetos, o primeiro que deixaria as duas cidades com territórios semelhantes, ambos com áreas rurais e marítimas, tendo o Rio Camboriú como divisor. Entretanto, este projeto não foi aprovado, pois Camboriú não

queria perder a posse do Colégio Agrícola, que passaria para Balneário de Camboriú. Por isso, optou por ficar com uma área maior, mas sem acesso ao mar.

Com o decreto 62.178, de 25 de janeiro de 1968, foi transferiu a responsabilidade financeira e administrativa do Colégio Agrícola de Camboriú para a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, estando vinculado diretamente à Pró-Reitoria de Ensino, sendo restringidas suas atividades de ensino ao 2º Grau Profissionalizante.

Moll (2010) descreve que na cidade de Camboriú/SC em 1953 foi criado o Colégio para ofertar Cursos de Operário Agrícola e Mestre Agrícola, sendo a partir de 1968 vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), passando a oferecer o curso Técnico Agrícola.

Segundo Sobral (2009) quando o MEC assumiu o ensino agrícola através da Diretoria de Ensino Agrícola - DEA, determinadas políticas marcaram a época no sentido de reformular a filosofia do ensino agrícola, sendo implantada, então, a metodologia do sistema “escola-fazenda”, que se baseou no princípio “aprender a fazer e fazer para aprender.”

As Escolas Agrotécnicas Federais, possuíam um perfil de oferecer residência estudantil para os alunos matriculados nos cursos de Técnico em Agropecuária, pois garantiria a presença dos mesmos nas escolas durante todos os dias do ano. Desse modo, as escolas agrícolas exigem outras condições financeiras, técnicas, estruturais e, principalmente, humanas para que seu funcionamento possibilite, efetivamente, uma formação de qualidade, sob todos os aspectos (ESPIT, 2012).

Segundo o Ministério da Educação:

Esse modelo escola-fazenda, baseada no princípio do “aprender a fazer fazendo” estava voltado para um sistema de produção agrícola baseado na grande produção. A ação das instituições referidas se constituía favorável aos interesses econômicos e financeiros hegemônicos, em escala internacional (BRASIL. 2009, p.11).

Espit (2012) relata que a manutenção da residência estudantil como um todo contava com: alojamentos, refeitórios, espaços de esporte e lazer, enfermaria, biblioteca, salas de estudo e dos respectivos profissionais responsáveis pela manutenção e funcionamento destes espaços, entre eles: professores e outros profissionais de educação, vigilantes, motoristas, cozinheiros, médico, psicólogos, enfermeiro etc. Tendo um alto custo e necessitando de recursos.

O Colégio Agrícola de Camboriú possuía alojamento para os alunos, segundo Mariot (2011) descreve em seu Blog, “Como a cozinha e o refeitório, os alojamentos são peças fundamentais numa escola que funciona em regime de internato”.

Figura 5: Quarto dos alunos no CAC na Década de 60



Fonte Blog do Mariot. 2011

Sobral (2009) declara que na década de 1990, as discussões sobre um novo projeto de formação profissional ganhavam terreno no interior das Escolas Técnicas e Agrotécnicas bem como na academia. E assim iniciando discussão coletiva sobre a formação politécnica no interior das escolas. Relata ainda que nesse período, foram debatidos diferentes projetos de reestruturação do ensino médio e profissional que representavam aspirações de diferentes grupos sociais, antes da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

Conforme Histórico do IFC – *campus* Camboriú em 1990 o CAC passou a oferecer o Curso Técnico em Agropecuária, na modalidade subsequente ao ensino médio.

Em 20 de dezembro de 1996 a Lei 9.394 de Diretrizes e Bases da Educação e o Decreto Federal nº 2.208 de 17 de abril de 1997 que “Regulamenta o §2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996”, instituíram as bases para a reforma do ensino profissionalizante. Essa Reforma é implantada dentro do ideário de Estado Mínimo, com fortes reflexos nas escolas federais de educação profissional do país, que vinham debatendo e articulando outro projeto de formação profissional orientado por uma formação profissional politécnica. (SOBRAL, 2009)

Assim, segundo o histórico, o Colégio Agrícola de Camboriú a partir do ano 2000 passou a oferecer outros cursos nas áreas de Informática, Ambiental e cursos conforme a necessidade do mercado local e no ano de 2007 foi implantado o Programa Nacional de

Integração da Educação Profissional na modalidade de Educação de Jovens e Adultos – PROEJA.

Conforme histórico do IFC – *campus* Camboriú em 29 de dezembro de 2008, com o advento da Lei 11.892 o Colégio Agrícola de Camboriú – CAC, transformou-se num *campus* do Instituto Federal Catarinense, atendendo a chamada pública do Ministério da Educação, passando a oferecer além dos cursos em nível médio, também superiores e pós-graduação.

Assim, segundo Sobral (2009) Com a criação dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia em 2008, coloca-se em destaque a educação profissionalizante e tecnológica no seio da sociedade, com o objetivo de uma ação integrada e com referência na ocupação e desenvolvimento do território.

Figura – 6: Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú 2019.



Fonte: Página do IFC. 2019

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados das entrevistas serão apresentados e analisados em distintas categorias segundo o problema e os objetivos do trabalho.

5.1 EVOLUÇÃO DO SETOR DE SAÚDE DO CAC AO IFC

O setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú foi fundado na época do Colégio Agrícola de Camboriú, e podemos constatar pelas falas dos participantes que não possuía um bom ambiente físico no setor.

Inicialmente nosso consultório era no prédio central, era onde hoje é um banheiro, e ali foi montado o consultório odontológico, e do lado onde hoje é uma salinha que

funciona como dispensa... a medicação que ele tinha naquela época era bem pouca. (A1)

Era uma sala, mas não lembro muito do setor. Lembro que tinha só o médico. Tinha o consultório odontológico, era uma sala pequena, depois melhorou, ficou em cima do comércio. (A4)

Era bem precária, existia uma sala que era da dentista e a coordenação do internato ficava junto com a sala que o médico atendia. (A5)

Apesar de ter poucos recursos e uma estrutura pequena os participantes relatam a importância do serviço de saúde na escola, evidenciado nestas afirmações:

...tinha 300 alunos internos, que ficavam sozinhos no *campus* com o vigilante, a assistência com a saúde era muito importante. (A5)

...os alunos vinham muito novinhos para cá né e longe dos pais, era uma segurança de uma maneira geral e queira o setor de saúde não tratava só a doença física, mais dava apoio aqueles alunos né, tinha algum problema, nem sempre era alguma doença física, mais alguma necessidade psicológica e um cuidado ou outro que às vezes o setor de saúde também contribuía para isso... (A2)

...era porque os estudantes eram só do nível médio e a maioria vinha de região rural e eles não tinham acesso a saúde e como eles ficavam internos para eles não terem que se deslocar do colégio para fora, para a cidade para receber o atendimento ... (A1)

Éramos 300 alunos internos, precisando ter uma assistência. (A5)

Fica evidente nas falas dos participantes que houve uma mudança no perfil dos alunos e melhora na estrutura, compra de materiais e contratação de mais integrantes na equipe após o advento da Lei 11.892 onde, o Colégio Agrícola de Camboriú – CAC, transformou-se num *campus* do Instituto Federal Catarinense.

...foi melhorando bastante, foi tendo mais recursos, mais pessoas, mais medicamentos, as instalações foram melhorando, no início era só uma sala, foi ampliando. (A4)

Com certeza, evoluiu muito, na parte de atendimento e na estrutura também. (A5)

Eu acho que mudou um pouco a característica, por um lado mudou porque a gente conseguiu uma equipe maior né a gente conseguiu atender num período maior os alunos só que a característica dos nossos alunos mudou, antigamente a gente tinha os filhos dos colonos que vinham de muito longe... eles tinham uma necessidade muito maior de pomada, de um atendimento mais abrangente, inclusive até de um atendimento médico, de um acompanhamento maior por nossos alunos extremamente realmente longe dos pais. Hoje a gente tem um atendimento melhor, na qualidade de pessoas para atender mais a necessidade dos alunos mudou hoje é muito mais psicológica... mas hoje os nossos alunos moram próximos... as condições também um pouco melhores né. E com a Assistência Estudantil melhorou também... Então hoje como mudou o perfil dos nossos alunos mudou o perfil do atendimento também. (A3)

Porém fica evidente nas falas que apesar das mudanças estruturais e da equipe o setor não teve muitas mudanças na forma de atendimento, como relatado nas falas a seguir:

O Atendimento, o que é diferente hoje é que nós atendíamos além dos alunos que tinham prontuários, tínhamos mais de 500 prontuários, que eram naqueles arquivos antigos... os alunos eram atendidos com o prontuário, inclusive a comunidade, porque como a Prefeitura cedia blocos de exames pra gente, encaminhamento para especialidade em troca nós atendíamos os pacientes do município que eram DPOC, que tinham problema pulmonar, sendo que o nosso médico era Pneumologista, então nós tínhamos quase 500 pacientes da comunidade que eram atendidos ali... o atendimento era o mesmo só que na época nós não tínhamos oxímetro de pulso, não tínhamos autoclave, a esterilização era feita na estufa, mais o atendimento em si, era como é hoje.. (A3)

Era como é agora, tinha o horário de ambulatório do médico e os alunos iam sempre no mesmo horário, era um horário marcado, claro, nas intercorrências tinha a Sandra que ficava ali o dia todo. (A2)

Assim, sugere-se pelos participantes para melhorias no setor de saúde ampliar o atendimento ao período noturno, elaboração de protocolos de atendimento, investir em campanhas preventivas entre outras como vemos nas falas:

Ter alguém dando cobertura nos três períodos, o noturno precisa de atendimento, precisa ter alguém para encaminhar o caso, ou orientar o que fazer. (A5)

Ter um profissional que atenda no período noturno, pelo menos até o horário do intervalo. Elaboração de protocolo de atendimento emergencial, pois o *campus* é muito grande, às vezes mobiliza outras pessoas para esse atendimento. (B7)

Um ponto de melhoria, a criação de um programa de saúde que fosse contínuo. (B2)

Eu acho que poderia ter uma parte de psicologia dentro que possa fazer o acompanhamento desses alunos. Um programa de acompanhamento desses alunos com depressão, ansiedade, droga, problemas familiares, elencar uma linha de pesquisa, de estudo e tratamento para esses alunos dentro dessa linha da psicologia, da psiquiatria. (B5)

...investir muito nas campanhas preventivas que explicam essas ações relacionadas à saúde. (B1)

5.2 ASPECTOS FACILITAM E DIFICULTAM MUDANÇAS NO SETOR DE SAÚDE DO IFC – CAMPUS CAMBORIÚ

Os participantes relatam aspectos que facilitam e/ou dificultam as mudanças nas atividades realizadas pela equipe de saúde do IFC – *campus* Camboriú, observando as falas dos mesmos, como aspectos facilitadores, eles apontam:

...hoje tem pessoal suficiente para fazer, tem estrutura física, tem pessoal, tem tempo já que o atendimento não tem gente o tempo todo para atender, então acho que não haveria dificuldade nenhuma para fazer. ((B2)

Eu acho que nós temos uma equipe capacitada, competente e com vontade, mas precisa se organizar e colocar no papel uma coisa organizada, esquematizada. (B1)

...mais a gente tem várias ações né, já tivemos a semana da saúde, que sempre eram em abril, com ações voltadas aos alunos de prevenção, nós temos algumas atividades, alguns projetos, como por exemplo sobre a lavagem das mãos, nós tivemos diversos projetos, não do setor da saúde, alguns vindo de docentes com alunos, mais sim, várias ações voltadas a saúde dos alunos. (B2)

Existe algumas iniciativas que não se constituem em um programa, dentro do SISAE, ligadas em ações geralmente na formação discente onde a equipe de saúde fala, mais é algo que não é uma coisa obrigatória ou que se repita constantemente mais ações isoladas, apesar da boa vontade da equipe que falta estruturação na maneira de abordar esse assunto, e a garantia da continuidade do tratamento durante todo o ano letivo. (B1)

Percebe-se que os respondentes apresentam elementos que sugere que é possível realizar, porém necessita de melhorias e mudanças para que ocorra, sugerem um cenário como sendo limitado, pois relatam aspectos facilitadores, como uma equipe capacitada e apenas ações isoladas realizadas, com temas específicos em eventos. Não se observa nenhum outro aspecto facilitador como disponibilização de materiais didáticos, reunião de planejamento ou outros aspectos facilitadores.

Assim, fica claro diante destas afirmações, o quão importante e necessário é a atuação da equipe de saúde do IFC – *campus* Camboriú, com seu conhecimento técnico, científico, estético, ético e pessoal, somando aos demais profissionais da instituição, utilizando metodologias ativas e fomentando o aprendizado de todos os envolvidos, pois:

o uso de metodologias ativas de aprendizagem pressupõe equipes colaborativas para resolver problemas relevantes. Esse método promove interação entre os participantes possibilitando que cada um traga para a discussão seus saberes profissionais, abrindo espaço para visões e interpretações diversas de um mesmo fenômeno e ampliando o espectro de possibilidades de análise e intervenções possíveis para uma mesma realidade (KLEIN et al. 2016, p.51).

Ressalta-se, alguns aspectos que dificultam as mudanças nas atividades da equipe do setor de saúde, os quais foram relatados pelos participantes, como atividades elementares e administrativas e o atendimento diário no setor, conforme relatos:

Uma das coisas que dificulta muito são as atividades elementares que a gente poderia ter um estagiário que a gente poderia ter alguém que fizesse, fazer essas planilhas, e a gente ter tempo para sair, para conversar, fazer rodas de conversa com eles, a gente tem espaço e tudo mais precisa de tempo para isso e na verdade a gente tem que ficar fazendo sempre tudo, e não é justificativa não, é a verdade. (B6)

Eu acho que às vezes falta a parte financeira para bancar algumas coisas. Talvez organização dessa linha, talvez uma política voltada para isso. (B5)

Eu acho que a equipe tem vontade, e nós temos ações isoladas, mais a equipe não está sabendo se juntar e ser efetiva nas ações que estão sendo feitas, cada um faz uma ação isolada, se sentasse os quatro e planejassem juntos o que vai ser feito, não assim de última hora, a gente não consegue comprar material, não consegue organizar... é tudo programação, o que eu vou trabalhar, programar no ano anterior para no ano seguinte executar. (B1)

Percebe-se que a equipe tem conhecimento da realidade, tem vontade de realizar novas atividades, o que falta é tempo, planejamento e organização para que isso ocorra. Nota-se na fala de um dos participantes que a equipe tem dificuldade de se planejar devido a demanda do setor.

Outro respondente aponta a questão da falta de espaço no calendário acadêmico para realização de atividades voltada a prevenção e promoção à saúde dos alunos.

Muitas vezes também eu pedia um horário nas aulas de alguns professores para eu poder fazer uma palestra sobre higiene bucal naquela aula... então de acordo com cada época e conforme eu conseguia ir me atualizando a gente fazia esse trabalho. Depois foi ficando cada vez mais difícil, os Professores me darem esse horário, não existia na programação deles que eu não sei se é curricular, vamos dizer assim, um espaço para a saúde, para a gente ir lá e falar sobre a saúde com eles, não existia isso. Não existe até hoje, por mais que a gente queira, não tem como fazer isso né, fica bastante complicado. (B4)

Verifica-se que a equipe tem dificuldade de realizar determinadas atividades, devido demandas simultâneas como relatado:

...eu vejo que a equipe fica voltada ao atendimento e não conseguem se planejar, fora que parte da equipe ainda ajuda em outras demandas como é o caso da assistência estudantil. O fato de não poder sair do setor. (B3)

Assim, observa-se a necessidade de atuação interdisciplinar, valorizando a visão dos profissionais da saúde que atuam no setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú, reforçando a importância da participação multiprofissional, compondo o planejamento das ações escolares em parceria com a gestão, para que haja um engajamento dos múltiplos atores envolvidos no objetivo comum, gerando melhoria da qualidade no atendimento em educação e saúde, considerando que:

a existência de um ambiente saudável na escola, que apoie o bem-estar social e emocional dos alunos, constituirá um meio determinante na sua educação e saúde contribuindo para a prevenção de muitos problemas. Tudo isto exige, ainda, aos professores um trabalho conjunto, e em equipa, quer no interior da escola, quer na sua relação com outros serviços locais (MOTA, 2011, p.37)

Analisando as necessidades apontadas, e o papel da equipe de saúde relacionado à educação em saúde, percebe-se a necessidade de ampliar e melhorar as formas de comunicação entre os envolvidos e responsáveis, para que haja uma contribuição, melhorando assim o aprendizado.

5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DENTRO DO INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE – CAMPUS CAMBORIÚ

Relacionando a educação em saúde no ambiente escolar, evidencia-se que todos os participantes da pesquisa consideram importante a realização destas atividades neste ambiente. Evidenciado nestas afirmações:

Eu acredito que é importante, acredito que tenha um papel muito importante da educação em saúde, mas ao mesmo tempo acredito que da forma que fazemos, não estamos conseguindo fazer. Essa forma de fazer somente nos meses de eventos, você não trabalha prevenção, você não educa alguém fazendo uma palestra no setembro amarelo, e deu. (B3)

Com certeza, a implantação de programas educativos é o caminho para redução de vários problemas de saúde, especialmente em um ambiente educacional... (B1)

Com certeza, muitos deles, educação é a primeira coisa que deve existir para o ser humano né, seja na saúde, seja em qualquer outro setor, mais é a primeira coisa, e a promoção da saúde no ambiente educacional é um filão a ser bastante explorado né. (B4)

Sim, eu acho que o ambiente escolar também faz parte é um ambiente importante na educação e na formação do aluno, assim como a família, os amigos, a sociedade e a escola. A escola tem um papel importante e o setor de saúde como si só já tem um papel fundamental, não só na doença física como na mental, acompanhamento desse aluno, orientação, orientações precoces, qualquer desvio que esse aluno possa ter, acho que é um fator primordial. (B5)

Oliveira e Souza (2017) relatam que a educação e promoção à saúde no ambiente escolar, devem ser vistas como estratégicas, pois a escola forma os cidadãos influenciando como estes conduzirão suas dimensões, familiar, acadêmica, profissional e social. Desta forma

Gijsen e Kaiser (2013, p. 813) afirmam que “a educação é, assim, uma estratégia de excelência para a promoção da saúde escolar, saúde viabilizada a partir da autonomia para o autocuidado”.

Cabe ressaltar assim, que os participantes consideram importante as ações de educação em saúde, pois em seus relatos fica evidente que os mesmos veem estas ações como preventivas. Os temas mais utilizados para a realização de educação em saúde seguem destacados conforme as falas abaixo:

O setor de saúde deveria ter uma mudança para o preventivo, educacional, se envolver com as brigadas de atendimento, realizar eventos e formação, que consiga atingir os alunos... (B3)

Algo que o setor poderia fazer mais além do que já faz são campanhas, especialmente, sei que vocês tem feito setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, mais a gente pode ter mais campanhas, podemos ter mais campanhas de alimentação saudável, higiene dos dentes, saúde mental, a importância de atividades físicas, sabe, buscar parcerias com outros servidores do campus, para ter por exemplo, caminhada com a comunidade, podíamos ter né, já até já conversamos sobre isso, fazer entender que o caminhar é importante para a comunidade, que a gente tivesse umas duas ou três vezes por semana a caminhada, que a saúde física também, assim, programas e projetos no *campus* que possibilitasse a nossa comunidade de participar. Algumas ações que pudéssemos fazer que não fossem essas paliativas, que são coisas que acontecem ali de urgência e emergência, o tempo todo. (B1)

...principalmente cuidados com higiene, nós temos alunos que vão para campo, no setor, eles precisam de conhecimentos prévios de algumas coisas que eles precisam fazer ou tocar, sim com certeza essas medidas preventivas essas ações de saúde vão ajudar na prevenção de acidentes. (B2)

Quanto à temática de educação em saúde, conforme mencionado em suas falas, os participantes mencionam questões como alimentação saudável, cuidados com higiene, saúde mental e saúde física. Observa-se desta forma, que os temas de ações previstas no Programa Saúde na Escola (PSE) são abordados nas atividades de educação em saúde, organizadas pelos próprios servidores.

Constatou-se que além de considerar as práticas de educação em saúde realizadas dentro do ambiente escolar importante, as mesmas são pontuais e isoladas conforme as falas a seguir:

Eu acredito que é importante, acredito que tenha um papel muito importante da educação em saúde, mas ao mesmo tempo acredito que da forma que fazemos, não estamos conseguindo fazer. Essa forma de fazer somente nos meses de eventos, você não trabalha prevenção, você não educa alguém fazendo uma palestra no setembro amarelo, e deu. (B3)

O que eu vejo acontecer é somente aos meses setembro, outubro e novembro e mesmo assim é mais ou menos. É algo que deveria ser feito, na pandemia nem foi feito. A odontologia sempre queria fazer, mas não deu certo pela pandemia. Deveria ter grupos de ginástica postural. É algo que deveria existir, embutida em outras atividades, não pontual, mas envolvido em outros eventos. (B3)

Ficando evidente que a maneira como está sendo realizada não é o suficiente, que necessita de uma mudança e que não existe no *campus* programas voltados para prevenção e promoção à saúde conforme as falas a seguir:

Os reflexos de um serviço de saúde educacional voltado à capacitação, formação, a disseminação de campanhas, de formações corretas pode impactar, pode trazer consequências no ambiente interno e externo da instituição então é fundamental especialmente e como aconteça, talvez nas maiorias dos locais a gente trabalha muito com as medidas paliativas e temos que trabalhar nas preventivas. (B1)

Mais deveríamos ter a definição anual de quais são os temas que vamos tratar e toda semana, ou todo mês ter um enfoque, um tema, ou uma campanha, ter uma participação mais efetiva em reunião com pais, com alunos, até mesmo material de divulgação em notícias que a gente fosse entregando a nossa comunidade. Mais investir muito nas campanhas preventivas que explicam essas ações relacionadas à saúde... (B1)

O setor de saúde deveria ter uma mudança para o preventivo, educacional, se envolver com as brigadas de atendimento, realizar eventos e formação, que consiga atingir os alunos, não somente 1 pessoa fazendo palestra, a gestão acha que temos que atender as pessoas doentes, mas eu não vejo dessa forma. Eu acho que o *campus* mudou, temos que mudar, porque na minha visão os alunos não vão por motivos sérios. (B3)

Mapear alunos que tenham algum tipo de problema de saúde, como epilepsia, diabetes, hipertensão com os alunos do noturno para ver os medicamentos que fazem uso e fazer orientações relacionado a saúde. Ter um profissional que atenda no período noturno, pelo menos até o horário do intervalo. Elaboração de protocolo de atendimento emergencial, pois o *campus* é muito grande, às vezes mobiliza outras pessoas para esse atendimento. (B7)

Sem dúvida, claro, isso de trabalho de prevenção, de orientação, de diagnósticos precoces, isso tudo ajuda o setor de saúde. (B5)

Sim, eu acho que o ambiente escolar também faz parte é um ambiente importante na educação e na formação do aluno, assim como a família, os amigos, a sociedade e a escola. A escola tem um papel importante e o setor de saúde como si só já tem um papel fundamental, não só na doença física como na mental, acompanhamento desse aluno, orientação, orientações precoces, qualquer desvio que esse aluno possa ter, acho que é um fator primordial. (B5)

Ficando claro assim, que a presença do profissional da saúde dentro de um ambiente escolar, realizando atividades de educação em saúde e utilizando metodologias ativas, seria uma forma ideal de colaborar para o desenvolvimento dos discentes e os próprios docentes em questão (OLIVEIRA; SOUZA, 2017).

5.4 AVALIAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE

Foi perguntado aos participantes da pesquisa como eles avaliavam o setor de saúde, conforme as falas dos participantes o setor teve uma avaliação positiva por parte dos entrevistados no atendimento e na equipe e uma avaliação ruim no espaço físico que está sendo reformado durante o período de paralisação das atividades presenciais devido a pandemia do COVID-19.

Olha o setor de saúde do *campus* tem um potencial gigantesco, são pessoas com grande potencial, com boa vontade e que tem tudo para desbravar novos *campus* para investir nessa parte. (B6)

Na maioria sim, penso que deveríamos ter um a mais para atendimento noturno, porque nós temos duas enfermeiras somente e elas tem que estar em todos os horários de atendimento, então a gente prioriza o dia por conta dos alunos menores, então faltaria pessoal para o noturno, mais o atendimento no horário que é prestado, eu penso sim ser suficiente. (B2)

Eu gosto muito do nosso setor de saúde, e ele é muito essencial dentro do *campus*, nós temos muitas situações que o serviço nos salva, não só de atendimentos paliativos mais em participação em eventos nossos e comissões, cada vez isso vai ser demandado mais, eu acho que é um serviço essencial, que precisa ser mantido e precisa ser fortalecido, melhor ainda se a equipe tiver essa ideia de poder trabalhar preventivamente também. (B1)

O ambulatório está sendo reformado, vamos ter um ambulatório novo feito de acordo com as condições essenciais para o funcionamento nas normas de segurança hospitalar e sanitárias. Na estrutura, vamos ter talvez um ambiente menor que antes, porque o serviço de enfermagem que era no Colégio Agrícola, é diferente no Instituto Federal Catarinense, até nos princípios de atuação. No Colégio Agrícola era estritamente voltado para os alunos internos, especialmente dos alunos do campo da escola fazenda, hoje com o fato de não termos mais alunos internos e não temos apenas a agropecuária, temos uma leva de 32 cursos diferentes, o serviço de enfermagem, de saúde ele precisa se adaptar a essa nova realidade, e para atender um público maior ainda, essa organização seria o tópico trabalhado todo o ano, então o espaço é menor porque o atendimento, acredito não vamos trabalhar como trabalharíamos antes, por exemplo, odontologia, não vai ser mantido o consultório, a Odontóloga enquanto estiver conosco vai continuar com o serviço de saúde, mais em campanhas de conscientização que ela faz bem e gosta, então ela vai ajudar ali, mais é esse o espaço e vamos ter que pensar agora as ações. (B1)

Cabe destacar que outro respondente aponta ainda a questão da importância de o *campus* possuir esse serviço, uma vez que outros *campi* do IFC não possuem esse atendimento.

A gente tem um *campus* muito grande, com diversas atividades, muitas atividades ao ar livre, atividades que são de risco né, então o serviço de saúde presta um primeiro atendimento que é essencial, às vezes, muitos acidentes que a gente tem de resolver ali mesmo ou então dão o encaminhamento correto, para que depois seja encaminhado a um hospital, então quem dera que todas as escolas tivessem um serviço de saúde, porque ele é muito preventivo, por mais que não se resolva ali, ter o enfermeiro ou técnico de enfermagem com conhecimento ele já dá aquele primeiro atendimento que

pode né, reduzir sequelas possíveis né, pode reduzir problemas posteriores, se esse atendimento não for adequado, eu acho essencial e temos muita sorte de estarmos numa escola com atendimento de saúde que não tem na grande maioria, infelizmente, no próprio IFC tem *campus* que não tem esse serviço, são cinco que tem e são os que eram Colégios Agrícolas, é claro que tinham os alunos que dormiam lá, então ficavam finais de semana, então precisavam realmente desse atendimento mais próximo, mais mesmo assim é essencial, não só quando acontece acidentes, mais também na prevenção né, porque o serviço de saúde com as campanhas que faz, e também produz conhecimento para que as pessoas não venham a ter doenças ou problemas de saúde futuros por conta da prevenção. É ótimo. (B2)

Observa-se pelas falas dos participantes que os maiores motivos da procura por atendimento no setor de saúde são: por problemas psicológicos, doenças virais, dores, mal-estar e acidentes.

Acidentes nos setores de agropecuária especialmente, acidentes nas aulas de educação física, ou nas OLINCAC que são ações esportivas que nós temos, muitas cefaleias, e casos de vertigem, de alunos passando mal pela falta do café da manhã, também temos tido crise de pânico e ansiedade, acredito que esses sejam os maiores atendimentos, tanto em servidores como em alunos. (B1)

Olha, eles procuram muito por problemas emocionais, eles também procuram por cefaleia, por viroses que acontecem, mas existe uma procura grande por problema emocional, inclusive o problema emocional acaba gerando um problema físico. Mais tem também os acidentes né...(B6)

A maior parte com certeza são as doenças virais, dor de garganta, dor de ouvido, gripe, os vírus né, causadores das doenças virais, como um todo né, alguns acidentes de campo, também tem as inseguranças, a parte psicológica também. Eu elencaria assim, as doenças virais aí entra aí amigdalite e doenças gripais em geral, dor de ouvido, tosse, né, as doenças virais, os acidentes de campo e essas alterações psicológicas, acho que seria isso. (B5)

Fica claro na fala dos participantes que o setor está assumindo uma demanda que poderia ser direcionada e realizando ações voltadas à promoção à saúde.

O ambulatório que temos hoje no *campus*, não existe em todos os *campi* do instituto, é um setor importante por ser uma escola fazenda, porém temos posto de saúde perto para atender. Outras escolas quando tem um problema, chama os pais e leva para o posto. (B3)

A procura desses alunos ao serviço fora dali a gente diminui a sobrecarga desses alunos em busca do setor público de saúde fora da escola... (B5)

Analisando o que preconiza o PSE, bem como os motivos apontadas nos relatos dos participantes da pesquisa, a equipe de saúde em um ambiente escolar tem grande

responsabilidade para o desenvolvimento de determinadas ações, bem como uma abordagem multidisciplinar, compartilhando seus conhecimentos e promovendo uma aproximação entre a saúde, alunos e servidores. Fica claro que muitas das procuras por atendimento poderiam ser evitadas através de programas educacionais voltados à promoção à saúde nesse ambiente.

5.5 INDICATIVO DE MELHORIA

Para atender o objetivo principal, foram elencados, a partir dos dados coletados os principais indicativos de melhoria para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense, identificados nas falas dos entrevistados nas duas etapas. O Quadro 4 mostra os indicativos de melhorias para o setor de saúde segundo as categorias de análise.

Quadro 4 – Indicativos de Melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú

CATEGORIAS DE ANÁLISE	INDICATIVOS
Evolução do setor de saúde do CAC ao IFC	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de mudança no atendimento para o preventivo; • Necessidade de um profissional da saúde no período noturno; • Elaboração de protocolos de atendimento; • Criação de programas voltados à saúde e à saúde mental; • Realização de campanhas.
Aspectos que facilitam e dificultam mudanças no setor de saúde do IFC – <i>campus</i> Camboriú	<ul style="list-style-type: none"> • Organização da equipe; • Realização de ações de prevenção à saúde; • Projetos em conjunto com os docentes; • Ter um profissional administrativo no setor; • Planejamento anual das ações; • Elaboração do calendário acadêmico em conjunto da equipe de saúde.
Educação em saúde dentro do Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú;	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de um serviço educacional voltado à capacitação, formação e campanhas; • Planejamento anual das ações; • Mapeamento de alunos com problemas de saúde; • Realização de eventos voltados à saúde;
Avaliação do setor de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento de saúde nos três períodos de aula, (manhã, tarde e noite); • Trabalhar preventivamente.

Fonte: Autora

Na primeira categoria foi abordado a evolução do setor de saúde como indicativo sugere-se uma mudança da forma que é realizado o atendimento do assistencial para ações voltadas para o preventivo; a necessidade de um profissional para atendimento no período noturno; a elaboração de protocolos de encaminhamento; devido à grande demanda de

atendimentos por problemas psicológicos, a necessidade de programas voltados para a saúde mental; e a importância de realização de campanhas.

Na segunda categoria foi abordado os aspectos que facilitam e dificultam as mudanças no setor, tendo como indicativos a organização para realizações de ações de prevenção à saúde; apresentam elementos que sugere que a equipe desenvolva projetos em conjunto com os docentes; a necessidade de um profissional para realização de atividades administrativas do setor que possui uma grande demanda da equipe; um planejamento anual das ações; e a elaboração do calendário acadêmico com a participação da equipe para que possa planejar as ações anuais como foi sugerido.

Na terceira categoria foi abordado as ações de educação em saúde na instituição e como indicativos de melhorias podemos citar a implantação de um serviço educacional, voltado à capacitação, formação e campanhas; o planejamento anual de ações; o mapeamento dos alunos com problemas de saúde; e a realização de eventos voltados à saúde.

E na quarta categoria foi abordado a avaliação do setor de saúde e como indicativos foram levantados a necessidade de atendimento nos três períodos e o setor trabalhar preventivamente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu constatar que os servidores consideram de extrema importância as abordagens de educação em saúde dentro do ambiente escolar, bem como, a necessidade de uma atuação constante e com práticas regulares de educação em saúde, através da equipe de saúde do *campus*.

Percebe-se a necessidade de incluir as ações em saúde dentro de um planejamento com a gestão do *campus* e as coordenações de cursos e que apesar das dificuldades existe uma iniciativa por parte da equipe de saúde de desenvolver projetos voltados à educação em saúde.

Desta forma fica evidente a importância do setor de saúde para a instituição e a necessidade de melhorias na parte de educação em saúde. O setor teve melhorias físicas e pessoais no decorrer dos anos, porém não teve êxito até o momento em realizar projetos e políticas voltadas à prevenção e promoção à saúde.

Fica claro que o IFC – *campus* Camboriú não contempla ações de promoção à saúde na escola, a equipe trabalha de forma assistencial com atendimentos de enfermagem, consultas médicas e odontológicas realizando esporadicamente campanhas e palestras.

Para que seja possível a mudança, a instituição necessita realizar capacitação de sua equipe, para utilizar de estratégia de ensino e aprendizagem diversificadas e o uso de metodologias ativas de ensino, aplicada à educação em saúde.

Bem como, buscar maior aproximação entre a equipe de saúde e a gestão do *campus*, para que possa ser feito um planejamento anual das ações e colocadas no calendário acadêmico, para assim fortalecer e firmar parcerias, montando cronogramas de trabalho, evidenciando as maiores necessidades da comunidade acadêmica do *campus*. Fortalecendo a aproximação da atuação da equipe de saúde à comunidade acadêmica, possibilitando assim, uma abordagem multidisciplinar.

A educação em saúde no ambiente escolar deve estar presente em todos os aspectos integrada à educação global, cabendo a equipe de saúde a participação dos mesmos no processo, mesmo que com ações pontuais, porém, a potencialização da ação se dá através da oferta de cursos de formação continuada ou atualização voltada para a educação em saúde.

A implementação de políticas e ações, voltadas para a prevenção e promoção à saúde dos alunos e servidores devem ser consideradas fundamentais pela gestão do IFC – *campus* Camboriú.

Este trabalho não teve o propósito de fazer críticas à gestão do setor de saúde, mas, apresentar através dos dados obtidos, os indicativos para melhorias para o setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú.

Apresentou os principais aspectos da Gestão de Saúde no Brasil através de um breve histórico, descreveu o Programa Saúde na Escola (PSE) e foi analisada a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) no Instituto Federal Catarinense. O estudo permitiu constatar que os servidores consideram importante as ações educativas em saúde dentro do ambiente escolar, bem como a necessidade de uma atuação constante e com práticas regulares de educação em saúde em conjunto com a equipe de saúde da instituição.

O setor de saúde obteve uma avaliação positiva, porém, os participantes da pesquisa relatam a necessidade de a equipe de saúde do *campus* desenvolver programas, projetos com ações voltadas na prevenção e promoção à saúde, com formação, capacitação, campanhas e palestras dentro da educação em saúde.

Os principais indicativos da pesquisa são:

- Mudança no atendimento para o preventivo;

- Atendimento no setor nos três períodos;
- Criação de programas voltados à educação de saúde;
- Planejamento anual das ações voltadas à saúde;
- Implantação de um serviço educacional voltado à capacitação, formação e campanhas;
 - Participação da equipe de saúde nos eventos institucionais;
 - Disponibilizar um profissional administrativo para o setor de saúde;
 - Cadastro dos alunos para possíveis mapeamento de doenças;
 - Elaboração do calendário acadêmico com programação de ações voltada a saúde; e
- Programas voltados à saúde mental dentro da instituição.

6.1 LIMITAÇÕES E INDICATIVOS PARA PESQUISAS FUTURAS

Limitações: estudo de caso, restrito ao IFC – *campus* Camboriú, não sendo generalizado aos demais *campi*. Os entrevistados foram somente com os servidores com cargos ou funções chave para esta pesquisa, porém, poderia incluir os usuários, alunos e servidores do setor de saúde da instituição

Tendo em vista os resultados obtidos nesta pesquisa, sugere-se estudos quantitativos com os estudantes e servidores, para verificar a percepção a respeito da qualidade do serviço de saúde em programas voltados à educação de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, Edna Maria Coimbra de. **A Assistência ao estudante no contexto da expansão da Educação Profissional e Tecnológica no Maranhão:** avaliação do processo de implementação. São Luis, 2012, 294 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2012.

ASSIS, A. C. L. et al. **As políticas de assistência estudantil:** experiências comparadas em universidades públicas brasileiras. Revista Gestão Universitária na América Latina – GUAL, v. 6, n.4, p. 125-146, 2013.

ANAIS DA 8a CNS, **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** De 17 a 21 de março de 1986. Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Edições 70. Título Original: L' Analyse de Contenu. Presses Universitaires de France, 1977. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 2011 São Paulo: Edições 70.

BERTOLLI FILHO, C., 2004. **História da Saúde Pública no Brasil.** São Paulo: Editora Ática. Pág. 71

BETZEK, S. B. F. **Avaliação Do Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES na UTFPR, campus Medianeira.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, campus de Marília, Marília, 2015.

BRASIL. Decreto Lei Nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008. **Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências.**

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 dez. 2007. p. 2.

BRASIL. Decreto Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961. **Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.**

BRASIL. Decreto Lei nº 62.178, de 25 de janeiro de 1968. **Provê sobre a transferência de estabelecimentos de ensino agrícola para Universidades e dá outras providências.**

BRASIL. Decreto Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde.**

BRASIL. Decreto Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.**

BRASIL. Decreto Lei nº 7.234 de 19 de julho de 2010. **Dispõe sobre o Programa nacional de Assistência Estudantil – PNAES.**

BRASIL. Decreto Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Legal Saúde**: um direito de adolescentes. Brasília, DF, DF, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. Ministério da Saúde; **Organização Pan-americana da Saúde**. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf>. Acesso em: 26/05/2020.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem**. Apresentação. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=241>. Acessado em 11/06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 24. Saúde na Escola - Série B. Textos Básicos de Saúde. 1ª edição. Brasília; 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria Nacional de Educação Tecnológica. **Diretrizes de funcionamento de escolas agrotécnicas**. Brasília: MEC, 1990.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Assalto ao Estado e ao mercado, neoliberalismo e teoria econômica**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v23n66/a02v2366.pdf/>>. Acesso em: 09/06/2020.

BUSS, P. M., 1993. **Saúde e desigualdade: o caso do Brasil**. In: Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças (P. M. Buss & M. E. Labra, org.), São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

CARVALHO, Fabio F.B. **A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas**. set. 2014. Disponível:> <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01207.pdf/>> Acessado em 23/11/2019.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília: Editora MS, 2011.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa**. Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto. 3ª Edição. Tradução: Magda França Lopes. 2010. Editora Artmed.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde**. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Artmed: Pan-americana; Porto Alegre, 2008.

DUARTE, Adriana Pereira. **Práticas Educativas em Saúde no Ambiente Escolar: Uma Proposta de Intervenção**. 2015. Uberaba – MG. Universidade Federal do Triangulo Mineiro.

ESPEZIM, Clécio; GELLER, Karin Cristine. **Organização dos serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2007.90p.

ESPIG, Antonio Carlos. **Reflexão sobre o cotidiano das residências estudantis de Escolas Agrotécnicas Federais**. 2012. UNIJUÍ. IX ANPED Sul 2012.

ECA - **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível:< <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm/>> Acessado em 24/11/2019.

FEFERBAUM, R. et al. **Avaliação antropométrica e por bioimpedância de um programa de educação nutricional para escolares na faixa etária de 7-14 anos durante o período de 10 meses**. Journal of Human Growth and Development, v. 22, n. 3, p. 283-290, 2012.

FERREIRA, C. S.; SANTOS, E. N. **Políticas públicas educacionais: apontamentos sobre o direito social da qualidade na educação**. Revista Labor – Revista da Universidade Federal do Ceará, v. 1, n. 11, p. 146-159, 2014.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FONAPRACE. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes das universidades federais brasileiras**. Brasília: FONAPRACE, 2011.

FONAPRACE. **Revista Comemorativa 25 Anos: histórias, memórias e múltiplos olhares / Organizado pelo Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis**. Coordenação: ANDIFES-UFU, PROEX, 2012.

GIACOMOZZI, A.I. et al. **Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis.** Saúde e Sociedade, v. 21, n. 3, p. 612-622, 2012.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos e Pesquisa.** 4ª Edição. Editora Atlas. 2002. São Paulo.

GIJSEN, L. I. P. S.; KAISER, D. E. **Enfermagem e educação em saúde em escolas no Brasil:** revisão integrativa da literatura. Ciência Cuidado Saúde, Porto Alegre, v. 12, n. 4, 2013.

GODOY, Arilda Schimidt. **Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 35, n. 2, Mar./Abr. 1995, p. 57-63.

GUETERRES, Évilin Costa; ROSA, Elisa de Oliveira; SILVEIRA, Andressa da; SANTOS, Wendel Mombaque dos. **Educação em saúde no contexto escolar:** estudo de revisão integrativa. *Enfermeria Global*, Murcia [Espanha], v. 16, n. 46, p. 464-499, abr. 2017.

IFC. Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú. **Histórico.** 2020 Disponível:< <http://www.camboriu.ifc.edu.br/institucional-2/historico/>> Acessado em 07/06/2020

IFC. **Programa Assistência Estudantil – PAE.** 2020 Disponível:< <http://www.camboriu.ifc.edu.br/assistencia-estudantil/>> Acessado em 09/06/2020

IFC. **Nosso Campi.** Disponível:< <http://ifc.edu.br/nossos-campus/>> Acessado em: 11/06/2020.

IFC. Resolução nº 5/2019 – CONSUPER (11.01.18.67). **Regimento Interno dos Serviços de Enfermagem do IFC.** Blumenau. 23 de março de 2019.

IFC. Resolução nº 59/2019 – CONSUPER (11.01.18.67). **Dispõe sobre o Regulamento da Moradia Estudantil do Instituto Federal Catarinense.** Blumenau. 13 de dezembro de 2019.

IFC. Resolução nº 005/2017 – CONSUPER. processo nº 23348.004719/2016-60. **Dispõe sobre a criação do Regulamento da Conduta Discente do Instituto Federal Catarinense.** Blumenau. 16 de março de 2017.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. **A promoção da saúde no âmbito escolar:** a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola promotora de saúde. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

- JESUS, J.A. **Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES nos Institutos Federais de Educação:** Um estudo da metodologia de Implementação do IFNMG. Brasília – DF. 2016. P. 131.
- KLEIN, A. M. et al. **Formação Continuada e o Uso De Metodologias Ativas De Aprendizagem:** As Contribuições Do Pacto Nacional Pela Alfabetização Na Idade Certa Para a Atuação De Orientadores De Estudo. Educação em Revista, Marília, v. 17, 2016.
- KOWALSKI, A. V. **Os (dez)caminhos da política de assistência estudantil e o desafio na garantia de direitos.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2012.
- LAMARCA, Gabriela Lamarca; VETTORE, Mario. **Uso de substâncias lícitas entre os adolescentes no Brasil.** 2013. Disponível em: < <http://dssbr.org/site/2013/06/uso-desubstancias-licitas-entre-os-adolescentes-no-brasil/>>. Acesso em 12/06/2020.
- MACIEL, Marjorie E.D. **Educação em Saúde:** Conceitos e Propósitos. Fátima do Sul, MS, dez./2008. (Acesso em 24/11/2019). Disponível:< <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/16399/10878/>> Acessado em 24/01/2019
- MADRIGAL, Alexis Gabriel. **As Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** 2016. Disponível: < [As Políticas Públicas de Saúde no Brasil \(jusbrasil.com.br\)](http://jusbrasil.com.br)> Acessado em 24/01/2019
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 5ª Edição. 2003. São Paulo. Editora Atlas
- MARIOT, Edson João. **Antigo Colégio Agrícola de Camboriú.** Blogs iniciado em julho de 2010. Disponível:< <https://antigocac.blogspot.com/>> Acessado em 07/06/2020.
- MARTINS, C.B.G. et al. **Oficina sobre sexualidade na adolescência:** uma experiência da equipe saúde da família com adolescentes do ensino médio. Revista Mineira de Enfermagem, v. 15, n. 4, p. 573-578, 2011.
- MOLL, Jaqueline. e Colaboradores. **Educação Profissional e Tecnológica no Brasil Contemporâneo.** Editora Artmed – 2010. 311p.
- MOTA, D. F. S. **Trabalhar a educação para a saúde nas escolas:** percepções de profissionais de saúde e de professores. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2011.
- OLIVEIRA, E. de.; ANDRADE, I. M. de., RIBEIRO, R. S. **Educação em saúde:** uma estratégia da enfermagem para mudanças de comportamento. Conceitos e reflexões, Goiânia, 2009.
- OLIVEIRA, M.O.D; SOUZA, D.M. **A Percepção Docente sobre a Enfermagem do Ambiente Escolar.** 2017. UNIASSELVI.
- PAIM J.P. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro – RJ. 1ª edição 2009. 3ª Reimpressão 2012. Editora Fiocruz. p. 9-12
- PIMENTA, M.A.M.A. **A relação entre saúde e turismo:** Contribuições para a gestão de locais turísticos; 2013.

PIMENTA, M. A.M.A; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. **Programa de Educação em Saúde para adolescentes em um Colégio Agrícola**: Proposta para o Colégio Agrícola de Camboriú. IIIa Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas, IIIa SPE(Anais); 2008.CD-ROM.

PIMENTA, M. A.M.A; MARQUES, Neusa. D; MOURA, Nelza; PEREIRA, Sandra. R. **Concepção sobre Promoção/Educação em Saúde em uma Instituição de Ensino**. Camboriú. Out. 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. 2015. Disponível:< <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>> Acessado em 03/06/2020.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social**. Rio de Janeiro, Graal, 1981, 324 p

PRODANOV, C. C. FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Ed, Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REZENDE, B. J. M; ARAUJO, J. P; SILVA, M. P. B; MARINHO, M. P. M; LENZA N. F. B. **Ações de Educação em saúde com Crianças de uma Escola Municipal de uma Cidade do interior de Minas Gerais**. Revista Atenas Higeia vol.2 nº 1 jan. 2020.

RIBEIRO, Paulo Silvino. **O Início das Políticas Públicas para a Saúde no Brasil**: da República Velha à Era Vargas. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/sociologia/oinicio-das-politicas-publicas-para-saude-no-brasil-republica.htm>>. Acesso em: 03/06/2020.

SANTOS, B.F.M. et al. **Educação em saúde para aspectos nutricionais como forma de prevenir alterações cardiovasculares**: relato de experiência. Revista de enfermagem UFPE on lineISSN: 1981-8963, v. 11, n. 2, p. 765-777, 2017.

SANTOS, F. G. dos. **Educação em Saúde**: O papel do enfermeiro como educador, São Paulo, 2010.

SESC. **O que é educação em saúde**. 2021. Disponível:< [O que é Educação em Saúde / Sesc](#)> Acessado em 12/06/2021.

SCHLICKMANN, Mariana. **Do Arraial do Bonsucesso a Balneário Camboriú**. Mais de 50 anos de história. 1ª Edição. Balneário Camboriú-SC. Fundação Cultural de Balneário Camboriú – FCBC. 2016

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SILVA, C. S. **Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar.** In: Lopez FA, Campos Junior D. Tratado de pediatria. Barueri: Manole; 2007.

SOBRAL, Francisco José Montório. **Retrospectiva histórica do ensino agrícola no Brasil.** 2009. Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica.

SOUZA, D.P.O; SILVEIRA, D.X.S. **Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não-trabalhadores.** Rev Bras Epidemiol. n. 10. v. p. :276-287. 2007.

SOUZA, Fernanda Santana de. **Os desafios para a implantação e implementação da política de assistência estudantil no IFMT.** In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 5, 2001, São Luís. Anais... São Luís: [s.n.], 2011.

TAUFICK, Ana Luiza de Oliveira Lima. **A avaliação da Política de Assistência Estudantil nos Institutos Federais para o PROEJA.** Juiz de Fora, 2013.127f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Avaliação da Educação Pública) Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2013.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M. **Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manguinhos – Rio de Janeiro.** BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 272p. (Série Promoção da Saúde, n. 6).

TENÓRIO, V. C. N; MORAES, M. M.; FREIRE, L. S. F; SANTOS, C. I. R; MARQUES, A. C. C; COSTA, S. S. G; MARINHO, J. C; SILVA, Y. A. E. **Educação em saúde na escola: dialogando sobre o HPV.** Brazilian Journal of Development. Curitiba, v. 6, n. 10, p. 83143-83149, outubro. 2020.

VASCONCELOS, Natalia Batista. **Programa nacional de assistência estudantil: uma análise da evolução da assistência estudantil ao longo da história da educação superior no Brasil.** Ensino em Revista, Uberlândia, v.17, n.2, p. 599616, jul./dez, 2010.

VIANNA, Cleverson Tabajara. **Classificação das Pesquisas Científicas – Notas para os alunos.** Florianópolis, 2013, 2p.

WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra 1946.

YIN, Robert k. **Estudo de Caso Planejamento e Métodos.** 2ª Edição. 2001. Tradução: Daniel Grassi. Editora Bookman

ZANELLA, Lidiane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa.** 2013. 2ª edição reimpressa. Universidade Federal de Santa Catarina. Pró-Reitoria de Ensino de Graduação. Departamento de Ensino de Graduação a Distância. Centro Socioeconômico. Departamento de Ciências da Administração.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS (A)

Entrevista aplicada junto aos servidores do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú que trabalham na instituição desde a época do Colégio Agrícola de Camboriú.

OBJETIVO	EIXO TEÓRICO	PERGUNTA
Identificar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense - <i>campus</i> Camboriú.		Quais os indicativos mais úteis você considera para o setor de saúde? Por quê? Quais sugestões você daria para melhorias no setor de saúde o no atendimento aos alunos e servidores do Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú.
Apresentar os principais aspectos da Gestão de Saúde no Brasil.	GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE	Não aplicável
Descrever o Programa Saúde na Escola (PSE)	GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE	Não aplicável
Analisar a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) no Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú	GESTÃO FA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – PNAES	Não aplicável
Avaliar o setor de saúde no Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú		Por que foi fundado o setor de saúde no Colégio Agrícola de Camboriú (CAC)? Como se formou a equipe do setor de saúde do Colégio Agrícola de Camboriú? Como era o atendimento prestado aos alunos quando era o antigo Colégio Agrícola de Camboriú? Existia uma necessidade de ter uma equipe de saúde no colégio? Se sim explique o porquê. Você notou diferença no atendimento do setor com o passar dos anos? Se sim, quais mudanças? Como era a estrutura do setor de saúde quando era o antigo Colégio Agrícola de Camboriú? E como é atualmente? Como você avalia o setor de saúde do <i>campus</i> ?

Fonte: Autora

APÊNDICE B ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS (B)

Entrevista aplicada junto aos servidores do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú.

OBJETIVO	EIXO TEÓRICO	PERGUNTA
Identificar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense - <i>campus</i> Camboriú.		<ul style="list-style-type: none"> - Considera relevante que existam ações de saúde direcionadas especificamente para alunos em ambientes escolares? - Acredita que existem problemas de saúde que possam ser prevenidos através de programas educativos em saúde? - Existe no Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú programas/ações de saúde para os alunos? - Quais os indicativos mais úteis você considera para o setor de saúde? Por quê? - Quais sugestões você daria para melhorias no setor de saúde o no atendimento aos alunos e servidores do Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú. - Você acha que existe um empenho entre a equipe de saúde para desenvolver programas voltado para promoção a saúde dos alunos e servidores do <i>campus</i>? Se sim, descreva. - Na sua opinião existe algum fator que dificultam a equipe de saúde a desenvolver projetos voltados para promoção a saúde dos alunos e servidores do <i>campus</i>? Se sim, quais?
Apresentar os principais aspectos da Gestão de Saúde no Brasil.	GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE	Não aplicável
Descrever o Programa Saúde na Escola (PSE)	GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE	Não aplicável
Analisar a Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) no Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú	GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL – PNAES	Não aplicável
Avaliar o setor de saúde no Instituto Federal Catarinense – <i>campus</i> Camboriú		<ul style="list-style-type: none"> - Acha que o atendimento de saúde prestado pelo setor de saúde da instituição suprime a demanda? - Saberia me informar quais os principais motivos da procura por atendimento de saúde por parte dos alunos? - Em sua opinião qual a importância do serviço de saúde dentro da Instituição? - Como você avalia o setor de saúde do <i>campus</i>?

Fonte: Autora

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “Indicativos de Melhorias para o Setor de Saúde do Instituto Federal Catarinense *campus* Camboriú”

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS, E OS PROCEDIMENTOS: O trabalho se justifica pela importância de se buscar evidências de melhorias para o setor de saúde do IFC – *campus* Camboriú, por meio da identificação de indicativos de melhorias para promoção a saúde. O objetivo principal da pesquisa é identificar indicativos de melhorias para o setor de saúde do Instituto Federal Catarinense - *campus* Camboriú. Quanto aos procedimentos técnicos adotados na coleta de dados a pesquisa elaborada é um estudo de caso, onde serão realizadas entrevistas com servidores do Instituto Federal Catarinense – *campus* Camboriú com um tempo de aproximadamente de 40 minutos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo a sua pessoa. As informações obtidas serão mantidas em sigilo, seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Caso tenha qualquer dúvida, solicite esclarecimentos à Universidade Federal de Santa Catarina.

DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Maria Helena Barbosa Lima Tompson

Doc. de Identificação: 13.342.388-5

Endereço completo: Rua do Empreendedor nº 555, apt.503B. Condomínio Colina do Cedro. Bairro Lídia Duarte – Camboriú – SC

CEP: 88341-240

Endereço de email: mhtompson@gmail.com / maria.tompson@ifc.edu.br

Telefones: 55 47 996974711

DADOS DO ORIENTADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA:

Nome completo: Luciano Vignochi

Doc. de Identificação: 9033728545

Endereço completo: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº Trindade – Florianópolis – SC

CEP: 88040-900

Endereço de email: luciano.vignochi@posgrad.ufsc.br

Telefones: 55 48 37217024

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO DO INSTITUTO FEDERAL CATARINENSE – CAMPUS CAMBORIÚ:

Nome completo: Sirlei de Fatima Albino

Doc. de Identificação: 86741373934

IDENTIFICAÇÃO E CONSENTIMENTO DO VOLUNTÁRIO:

Nome completo _____
Doc. de Identificação _____

Declaro que, em ___/___/___, concordei em participar, na qualidade de participante do projeto de pesquisa intitulado “Indicativos de Melhorias para o Setor de Saúde do Instituto Federal Catarinense *campus* Camboriú” após estar devidamente informado sobre os objetivos, as finalidades do estudo e os termos de minha participação. Assino o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, que serão assinadas também pelo pesquisador responsável pelo projeto, sendo que uma cópia se destina a mim (participante) e a outra ao pesquisador.

As informações fornecidas aos pesquisadores serão utilizadas na exata medida dos objetivos e finalidades do projeto de pesquisa, sendo que minha identificação será mantida em sigilo e sobre a responsabilidade dos proponentes do projeto.

Não receberei nenhuma remuneração e não terei qualquer ônus financeiro (despesas) em função do meu consentimento espontâneo em participar do presente projeto de pesquisa.

Independentemente deste consentimento, fica assegurado meu direito a retirar-me da pesquisa em qualquer momento e por qualquer motivo, sendo que para isso comunicarei minha decisão a um dos proponentes do projeto acima citados.

Agradecemos a sua participação!

_____, _____ de _____, de _____
(local, data)

Assinatura do Participante



Documento assinado digitalmente
Maria Helena Barbosa Lima Trompson
Data: 07/05/2021 17:43:25-0300
CPF: 275.708.298-85
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Assinatura do Pesquisador



Documento assinado digitalmente
Luciano Vignochi
Data: 07/05/2021 17:53:04-0300
CPF: 628.644.400-93
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Assinatura do Orientador

SIRLEI DE FATIMA
ALBINO:86741373934

Assinado de forma digital por SIRLEI DE FATIMA
ALBINO:86741373934
Dados: 2021.05.07 17:01:53 -03'00'

Assinatura da Direção do IFC – *campus* Camboriú