



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
ACADÊMICOS DOS CURSOS DE
GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**

Carine Vendruscolo Mascarenhas

Florianópolis (SC)

2005

Carine Vendruscolo Mascarenhas

**PROMOÇÃO DA SAÚDE:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ACADÊMICOS DOS
CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

Área de concentração: Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Verdi

Florianópolis (SC)

2005

Para **Ana Cecília**, minha filha, que me ensinou o significado de “coragem” e de “esperança” e aprendeu a aceitar que a realização de sua mãe exige um horário de trabalho intenso. Das minhas realizações, ela é a que eu mais tenho orgulho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar sempre presente, peço-lhe que continue comigo, concedendo-me força e serenidade para que eu possa trilhar com sucesso a profissão que escolhi.

À minha **Mãe**... “Vó Nena”, que durante toda a minha vida foi amiga, companheira, presente nas horas difíceis e sempre pronta para ajudar. Ao meu **Pai**... “Vô Alo”, pela lição de honestidade e dedicação durante todos esses anos.

Ao **Billo**, companheiro de todas as horas, compartilhando respeito, carinho e amor. Ao seu lado tudo fica melhor.

À **Marta**, orientadora e amiga diante das dificuldades enfrentadas, mostrando-me os caminhos com serenidade e experiência, minha gratidão.

Aos amigos, em particular à **Milena, Mariane, Emanuele e Patrícia**, que tornaram esta caminhada possível, estando presentes nos momentos difíceis, me incentivando sempre. Ficaram as lembranças e a certeza de que tudo valeu a pena.

Ao Dr. **Joaquim César Mascarenhas**, pelas longas conversas sobre a saúde coletiva fundamentais para o despertar destas idéias.

Aos colegas de trabalho, em especial à **Enf.^a Maria Conceição Simoni** e à **Enf.^a Ângela Maria Nunes Cenci**, pela compreensão e paciência em todas as horas que dediquei a este estudo.

À Coordenadoria do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, pelo apoio.

A todos os professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da UFSC, em especial ao **Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros**, à **Prof.^a Dr.^a Elza Berger Salema Coelho** e à **Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Crepaldi**, pelas valiosas contribuições no processo de qualificação.

SUMÁRIO

RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL – UMA REVISÃO.....	14
2.1 FORMAÇÃO PARA A SAÚDE NO BRASIL – UM BREVE HISTÓRICO.....	15
2.2 NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DA SAÚDE – AO ENCONTRO DO NOVO PROFISSIONAL	25
2.3 MODELOS DE SAÚDE – DIFERENTES ESTILOS DE PENSAMENTO	31
2.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO PARA A SAÚDE	39
2.5 MODOS, CONDIÇÕES, ESTILOS...QUALIDADE DE VIDA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	47
3. OBJETIVOS	51
3.1 OBJETIVO GERAL	52
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
4. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	53
4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A SAÚDE	54
5. O PERCURSO METODOLÓGICO	60
5.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA.....	61
5.2 SUJEITOS DE PESQUISA	61
5.3 COLETA E REGISTRO DOS DADOS	63
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	64
5.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS	66
6. UMA APROXIMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESTUDANTES DA ÁREA.....	67
6.1 DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS A QUALIDADE DE VIDA: CONCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE AO LONGO DA VIDA ACADÊMICA.....	69
6.2. EDUCAR PARA PROMOVER A SAÚDE E OUTRAS ESTRATÉGIAS	76
6.3. O COTIDIANO E OUTROS MOMENTOS ONDE A PROMOÇÃO DA SAÚDE ACONTECE.....	85
6.4. O PROFISSIONAL DA SAÚDE COMO EDUCADOR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DIFERENTES ARTICULAÇÕES	89
6.5. SUJEITOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	92
6.6. FONTES DE SABER E PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	96
7. CONSIDERAÇÕES SOBRE AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS ESTUDANTES	102
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
9. ANEXOS.....	121
ROTEIRO DE ENTREVISTA	122

ANEXO 2	123
ANEXO 3	124

RESUMO

Realizou-se um estudo de campo qualitativo, cujo objetivo foi conhecer as representações sociais sobre promoção da saúde dos acadêmicos dos cursos de graduação da área da saúde, em uma universidade pública federal. Tendo como referência o conceito mais contemporâneo de promoção da saúde, a pesquisa ancora-se no modelo que sugere a união de esforços individuais e ações coletivas, podendo intervir sobre a realidade sanitária na resolução dos problemas de saúde da população e na melhoria da sua qualidade de vida, através de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com trinta (30) alunos de cinco (5) diferentes cursos: Farmácia, Nutrição, Odontologia, Medicina e Enfermagem. Para a análise dos dados, utilizou-se o método de Análise do Conteúdo proposto por Bardin. Foi possível identificar seis (6) categorias de análise: (1) Da Prevenção de Doenças a Qualidade de Vida: Concepções Sobre Promoção de Saúde ao Longo da Vida Acadêmica; (2) Educar Para Promover a Saúde e Outras Estratégias; (3) O Cotidiano e Alguns Momentos Onde e Promoção da Saúde Acontece; (4) O Profissional da Saúde como Educador na Promoção da Saúde: Diferentes Articulações; (5) Sujeitos da Promoção da Saúde e (6) Fontes de Saber e Prática de Promoção da Saúde. As representações sociais dos estudantes sobre promoção da saúde sugerem forte predominância de uma concepção ainda centrada em conceitos e modelos ultrapassados de promoção da saúde traduzindo-se em ações preventivas e práticas educativas tradicionais e autoritárias. Mesmo com a implantação do processo de reformulação curricular, que atendeu as Novas Diretrizes Curriculares dos Cursos da Área da Saúde, não se observou a influência da evolução do conceito de promoção da saúde nas expressões dos estudantes e, ainda, mostrou a necessidade de reavaliar os marcos teóricos que sustentam a formação dos novos profissionais de saúde.

ABSTRACT

This qualitative study aims to identify the social representations of health promotion among the undergraduate students of health related courses in a federal public university. Based on the most modern concept of health promotion, the research follows the model that suggests that the union of individual and collective efforts influences on the sanitary reality and can solve health problems of the population and improve the quality of life through healthy public policies, healthy environments, engagement of communitarian action, development of abilities and personal attitudes, and reorientation of health service and public health. The data were collected through semi-structured interviews answered by thirty (30) students of five (5) different courses: Pharmacy, Nutrition, Dentistry, Medicine and Nursing. The data analysis was based on Bardin's method of content analysis. It was possible to identify six categories of analysis: (1) From illness prevention to life quality: conceptions of health promotion through the academic life; (2) Education to health promotion and other strategies; (3) The routine and some moments when the health promotion happens; (4) the health professional as an educator of health promotion: Different Articulations; (5) People who promote health; (6) Source of knowledge and practice of health promotion. The students' social representations of health suggest strong predominance of a conception still centered on old concepts and models of health promotion which are shown in preventive actions as well as in traditional and authoritarian educative practices. Even considering the process of reformulation of the curriculum, which followed the "New Curricular Policies of Health Courses", it was not observed the influence of the evolution of the concept of health promotion on the students expressions and it showed the need of reconsidering the theoretical support which provides the education of the new health professionals.

1. INTRODUÇÃO

Uma estratégia promissora marca o início do século XXI: trata-se da Promoção da Saúde, uma proposta que sugere a união de esforços individuais, ações coletivas e político-governamentais com a intenção de intervir sobre a realidade sanitária para a resolução dos problemas de saúde da população e, conseqüentemente, alterando a qualidade de vida.

No modelo biomédico vigente, a saúde individual é responsabilidade da clínica e as coletividades da saúde pública; situação onde os sujeitos deixam de ser coletivos e de interagir com a realidade sócio-econômica-cultural. Qualquer ação sanitária deveria envolver necessariamente o sujeito, sua vontade política e suas escolhas morais (CARVALHO, 1996). Tal situação pode estar relacionada aos crescentes investimentos em assistência médica curativa e individual, concomitantemente com algumas medidas de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

A mudança na prática sanitária reflete na forma como a sociedade estrutura respostas organizadas diante de problemas de saúde, a partir do paradigma sanitário hegemônico, como propõe Mendes (1999). O modelo flexneriano tem marcado a sociedade ocidental atual de modo hegemônico, cuja prática é fundamentada na atenção médica como forma de tratar doenças e reabilitar pacientes com seqüelas. Este modelo responde apenas a uma parcela das necessidades de saúde da população, o que tem provocado seu esgotamento e impulsionado a construção de uma nova prática sanitária.

A reflexão sobre a reorientação dos modelos assistenciais reproduzidos pelo sistema de saúde brasileiro até então, tem a ver com iniciativas que sugerem modelos assistenciais fundamentados em uma nova concepção de saúde. Estas iniciativas abrem novas possibilidades de intervenção sobre a situação sanitária, como a "estratégia da saúde da família" e a "vigilância da saúde", na tentativa de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na esfera individual e coletiva.

As inovadoras concepções sobre saúde que originaram tais propostas emergem junto ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), ocorrida em Brasília – DF, em 1986 e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em Ottawa (Canadá). Neste contexto, surge a proposta de um modelo sanitário mais amplo que sugere os fatores

ambientais, sociais, políticos, econômicos, comportamentais e biológicos como determinantes da saúde e suas deliberações resultaram na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, considerada como um eixo da nova saúde pública.

A Promoção da Saúde representa, atualmente, uma das possibilidades de intervenção sobre a realidade sanitária, cuja idéia tem evoluído nos últimos 40 anos, acompanhando a transformação do conceito de saúde e abrindo espaço para o debate.

A Promoção da Saúde é, antes de mais nada, um movimento social e de profissionais de saúde, que surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Embora o termo “Promoção da Saúde” tenha sido inicialmente usado para caracterizar um *nível de atenção* da medicina preventiva (Leavell e Clark, 1976), seu significado foi mudando ao longo do tempo [...] passando a representar, mais recentemente, um *enfoque* político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 1998, p. 02).

A formação de profissionais de saúde para atuar na lógica desta proposta, entretanto, permanece embasada nos paradigmas da educação tradicional, na qual os alicerces são a transmissão do conhecimento, a experiência do professor, a supervalorização do conteúdo e a expectativa de que o aluno o absorva e reproduza, comprometendo assim, o perfil do profissional formado (ALMEIDA, 1999).

Feuerweker (2002) refere que a recomposição médica que se firmou com a capitalização da saúde teve importante repercussão no processo de formação, uma vez que a relação médico-paciente foi totalmente reproduzida dentro dos hospitais-escola. Estes representam o principal cenário dos estudantes durante o processo de formação profissional.

No entanto, o sistema ensino-aprendizagem na área da saúde tem encontrado, nas últimas décadas, uma contra-hegemonia que objetiva mudar as atuais tendências formadoras de profissionais de saúde. Aspira-se a adoção de concepções pedagógicas, críticas, reflexivas e problematizadoras, bem como metodologias que permitam a participação ativa de estudantes, em novos e diferentes cenários de ensino, com a intenção de adequar a formação profissional à realidade da população e dos serviços de saúde. Neste sentido, no início da

década de 90, a Fundação Kellog lançou o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade.

Mais recentemente, em 1997, começam as discussões sobre as Novas Diretrizes dos Cursos de Graduação em Saúde. Seus princípios incluem a articulação entre a Educação Superior e os Sistemas de Saúde para a formação de profissionais preocupados com a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e a atenção curativa, além de moldar um perfil acadêmico capacitado para atuar com qualidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o processo de Reforma Sanitária que entende a saúde como um processo de trabalho coletivo, do qual o produto é a prestação de cuidados de saúde, pretende-se que, ao término da graduação, o estudante utilize suas habilidades profissionais para contribuir com a comunidade através de ações de prevenção e do estímulo à prática da promoção de saúde (REDE UNIDA, 2002).

O propósito desta pesquisa fundamenta-se na importância de conhecer e analisar o conjunto de idéias representativas do conceito de promoção da saúde para estudantes de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Farmácia de uma Universidade Pública Federal; como eles compreendem a temática e como a aplicam na sua formação profissional. O processo de mudanças curriculares sugeridas pelas Novas Diretrizes encontra-se em andamento nos cursos da área da saúde da universidade, embora em diferentes etapas de desenvolvimento. No curso de Medicina já ocorreu a reformulação curricular e principiou o processo de implantação do novo currículo, no de Enfermagem foi concluída a elaboração do novo currículo, cujo processo de implantação iniciou no primeiro semestre de 2004, e nos demais cursos o processo está em fase inicial. Embora as diretrizes estejam em fase de implantação, ainda não há um grupo de estudantes em fase de conclusão do curso que tenha vivenciado as mudanças curriculares, portanto, esta pesquisa está direcionada a um grupo que ainda não passou pela mudança.

Assim, pretende-se saber quais as representações sociais dos acadêmicos dos cursos de graduação na área da saúde sobre a promoção da saúde, ao contemplar as propostas do documento que rege as Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde e as considerações da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde.

Após levantamento bibliográfico, constatou-se certa dificuldade para encontrar material e informação sobre promoção da saúde neste contexto. Alguns trabalhos desenvolvidos com acadêmicos do curso de Medicina da universidade em questão restringem o conceito de promoção da saúde somente ao ato médico. Pouco se conhece acerca das concepções dos estudantes das demais áreas da saúde. Assim, justifica-se a relevância deste estudo e a teoria das representações sociais parece ser adequada para embasá-lo. Ela fornece instrumentos teóricos para o conhecimento e análise da relação entre o sujeito e a realidade social onde está inserido, além de participar na formação crítica e responsável dos futuros profissionais da saúde.

A busca de representações sociais acerca da promoção da saúde permitirá classificar as diferentes maneiras através das quais os sujeitos captam o sentido do termo, bem como, reconhecer a lógica de pensamento do sistema de ensino, fonte importante de informações, para construção deste pensamento. Compreender este conhecimento, elaborado e partilhado ao longo da vivência acadêmica, oportunizará a efetivação de novos campos de ação para o futuro da prática da saúde coletiva e poderá contribuir para a elaboração do novo currículo dos cursos em questão.

***2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E A
FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO
BRASIL – UMA REVISÃO***

2.1 Formação Para a Saúde no Brasil – Um Breve Histórico

É necessário resgatar brevemente a história da saúde e do processo ensino-aprendizagem nesta área, no Brasil. Este resgate situa a saúde pública e a promoção da saúde no contexto das instituições de ensino, bem como a evolução destes conceitos ao longo da história.

Quando, no Brasil do final do século XIX, os pobres, em função de seus hábitos de moradia e higiene, foram diagnosticados pelos “intelectuais-médicos” como “classes perigosas”, representando perigo na organização do trabalho, na manutenção da ordem pública e, principalmente, no contágio das doenças, entra em cena a higiene pública, como símbolo do aperfeiçoamento moral de um povo e o caminho para a civilização (CHALHOUB, 1996). Esta visão higienista e as idéias microbiologistas, então emergentes, de acordo com Verdi (2002), fundamentaram a saúde pública da época.

A concepção de causa social, que havia sido iniciada por revolucionários no final do século XVIII, foi substituída pela nova formulação unicausal, onde para cada doença um agente etiológico deveria ser identificado e combatido. A Medicina foi negada como ciência social, livrando o Estado do compromisso e redirecionamento econômico. A responsabilidade da doença, dentro desta concepção, localizava-se no indivíduo e o desenvolvimento de equipamentos e medicamentos era incentivado, dentro da lógica capitalista.

Neste cenário político-social, os profissionais da medicina brasileira, são os doutores formados nas faculdades do Rio de Janeiro e da Bahia, com bases na orientação francesa e que, muitas vezes, iam para a Europa aperfeiçoar-se (MACHADO, 1995).

No início do século XX, emerge a necessidade de políticas de saúde pública no Brasil. Estavam fundamentadas na ânsia de transformar a imagem de um país atrasado, inculto, pestilento – época das epidemias de varíola, febre amarela e peste bubônica – que dificultava os investimentos estrangeiros e levava o país a uma grave crise do ponto de vista de suas relações comerciais e internacionais. A condição que se impunha para que estas relações continuassem era de que o governo brasileiro saneasse seus portos imediatamente. Na época, o

Brasil exportava produtos agrícolas e minérios e importava produtos manufaturados. Assim, o governo da Primeira República elabora um plano com três frentes de trabalho: *a reforma do Porto* do Rio de Janeiro, *a reforma urbana* e *a reforma sanitária* (VERDI, 2002).

Em 1903, o Presidente Rodrigues Alves entrega aos cuidados de Oswaldo Cruz a titularidade da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). O talento deste jovem médico vinha sendo reconhecido desde seu retorno de Paris como estudante e pesquisador do Instituto Pasteur, além de ter estudado bacteriologia e ciências da higiene. Logo em seguida, assume o cargo de bacteriologista no Instituto Soroterápico de Manguinhos - futura Fundação Oswaldo Cruz (Ibidem, 2002).

As estratégias de Oswaldo Cruz para o enfrentamento das epidemias, através de campanhas de saúde, como a vacina obrigatória, limpeza urbana e operação mata-mosquito reduzem consideravelmente as taxas de febre amarela, varíola e peste. O entendimento de Saúde Pública, nesta época, tinha suas bases na concepção higienista e multicausal do processo saúde-doença (DA ROS, 2000).

Este é um capítulo importante das políticas de Saúde Pública no Brasil, marcado pela introdução de um modelo sanitário, cujas marcas ainda hoje percebemos presentes nas instituições de saúde, bem como pela produção, mesmo que em meio a polêmicas, de um dos maiores mitos da saúde pública brasileira, Oswaldo Cruz (VERDI, 2002, p. 86).

Enquanto isso, em 1910, Abrahm Flexner publica um relatório sobre a realidade do ensino médico norte-americana, determinando assim, os rumos no ensino na área da saúde, nos Estados Unidos, no Canadá e, mais tarde, na América Latina.

O “Medical Education in the United States and Canadá – A Report to the Advancement of Teaching” foi aplicado integralmente no Brasil, a partir da década de 50 (CUTOLO, 2001). Estava fundamentado em um modelo de ensino hospitalocêntrico, biologicista, positivista e com concepção fragmentada e mecanicista do corpo humano.

Machado (1995, p. 187), a respeito deste documento, assegura que “a concepção flexneriana de uma nova prática médica determinou mudanças substantivas na conceituação do objeto desta prática, introduzindo critérios mais

racionais e científicos à atividade não só dos médicos, mas todo o processo de trabalho em saúde”. Estes critérios vão influenciar a prática assistencial em saúde até os dias atuais.

A saúde, segundo Da Ros (2000), passa a ser vista como um produto para consumo onde a prática médica é totalmente individualizada. Desenvolve-se um grande mercado para a indústria a partir de medicamentos e equipamentos médicos, a fim de conferir à medicina um caráter científico. O saneamento básico e a luta contra as doenças transmissíveis, passam a ser mero interesse dos americanos para facilitar a circulação de mercadorias e melhorar a produtividade.

Em 1920, no governo Epitácio Pessoa, ocorre a campanha nacional contra a ancilostomíase. O Estado começa então a assumir a responsabilidade pela saúde da população e cria-se, a partir da reforma no ensino superior de 1925, o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e o Instituto de Higiene, em São Paulo. Estes serão pioneiros na formação de recursos humanos em saúde pública até os dias de hoje.

É neste contexto político, econômico e social que se ergue o ensino sistematizado de enfermagem. Representava, por volta de 1923, uma iniciativa governamental no campo da estruturação profissional da enfermagem no Brasil, visando formar profissionais capazes de contribuir no saneamento dos portos. Esta é a razão pela qual o ensino de enfermagem tenha surgido no Brasil, ligado à área da saúde pública e fora dos hospitais.

Para efetivação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional da Saúde Pública (DNSP), o Departamento, então dirigido pelo Dr. Carlos Chagas, estabelece um convênio com a Fundação Rockefeller (EUA). Este envia enfermeiras norte-americanas para estruturar o serviço de enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro. A escola tinha como professoras as enfermeiras norte-americanas e, embora o currículo privilegiasse as disciplinas de cunho preventivo, exigia-se que as estudantes tivessem oito horas diárias de estágio no Hospital Geral de Assistência do DNSP. Ficava claro o objetivo das enfermeiras, enviadas pela Fundação, de criar condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista (BACKES, 1992).

Assim, a Escola de Enfermeiras do DNSP, futura Escola de Enfermeiras D. Ana Néri e que, atualmente, está ligada à Universidade Federal do Rio de

Janeiro, é estruturada no modelo nightingaleano¹ e em 1931, é considerada como escola padrão. Ela “representa um marco fundamental na estruturação da enfermagem como profissão, organizada sob parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam as suas atividades práticas e estabelecendo as normas que regulam o seu exercício profissional” (PIRES, 1989, p. 127).

Além de atender aos interesses do grupo Rockefeller e ao estudo da medicina, o estudo da enfermagem também retira as mulheres do ambiente doméstico, colocando-as no mercado de trabalho e explorando, de forma ideológica, os sentimentos cívicos de servir a pátria; bem como o espírito de religiosidade, caridade, sempre garantindo a figura do médico como central no atendimento à saúde e jamais questionando o papel social da nova profissão (Ibidem, 1989).

De acordo com Franco e Merhy (2003), após a segunda guerra, houve um crescimento econômico ocasionado pelo avanço tecnológico da indústria, especialmente nos países mais desenvolvidos, que passaram a adotar políticas sociais amplas. Também havia movimentos sociais que reivindicavam políticas públicas, voltadas à garantia de direitos mínimos essenciais à população, entre esses, a saúde. Os governos assumiram a responsabilidade em relação ao financiamento dos serviços de saúde, que sofria a adversidade de um modelo tecnoassistencial hegemônico, com características medicocêntrica e hospitalocêntrica, podendo encarecer os custos da assistência à saúde.

O modelo “Médico Hegemônico” desenvolve-se, portanto, a partir de recursos disponibilizados à assistência à saúde centrados no conhecimento especializado, equipamentos/máquinas e fármacos, e na linha do desenvolvimento tecnológico. Na saúde, a dinâmica capitalista propicia um sistema de saúde centrado em procedimentos, determinado pela expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais, estímulo à especialização médica e, conseqüentemente, uma crescente indústria de equipamentos biomédicos que contribuem para elevar consideravelmente os custos com a assistência à saúde.

¹ Referente à Enfermeira Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna. Após a Guerra da Crimeia (1854), Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, na Inglaterra, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente.

Podemos definir este modelo assistencial, como “procedimento centrado”. Isto é, um modelo no qual o principal compromisso do ato de assistir a saúde é com a produção de procedimentos. Apenas secundariamente existe compromisso com as necessidades dos usuários. A assistência à saúde confunde-se, portanto, com a extraordinária produção de consultas e exames, associados à crescente medicamentação da sociedade (FRANCO e MERHY, 2003, p. 73).

A influência européia nas escolas de medicina, segundo Da Ros (1995), decresce a partir de 1945, e estas passam a repetir conteúdos sugeridos pelos Estados Unidos. O Brasil, que até 1950 tinha 16 cursos de medicina, entre 1950 e 1971 conta com mais 59 faculdades que por orientação federal seguem o modelo flexneriano.

Nas décadas de 60 e 70, durante o regime militar, ocorre uma reforma universitária que oficializa a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando ainda mais a lógica interna dos currículos e favorecendo sobremaneira a lógica do complexo-médico-industrial.

Após o golpe militar, são criadas inúmeras escolas de Medicina e Enfermagem no Brasil. O modelo “flexneriano” é totalmente hegemônico, caracterizando-se pela centralidade da figura do professor, pela pequena ênfase nos aspectos da prevenção e promoção da saúde, pela atenção médica individual e pelo estímulo à aprendizagem dentro do ambiente hospitalar. Este fato influencia a criação de hospitais universitários e a especialização da assistência médica e odontológica (Ibidem, 1995).

Os avanços científico-tecnológicos das indústrias farmacêuticas e de instrumentos e equipamentos médico-hospitalares, e a política de interesses capitalistas nesta área, “contribuem para o processo de medicalização da sociedade, bem como para a tecnificação do ato médico, com a multiplicação das especializações médicas” (BACKES, 1992, p. 80).

Enquanto os problemas de saúde estavam centrados no âmbito da saúde pública, os currículos da área da saúde contemplavam densa carga horária centrada em disciplinas especializadas no campo da medicina curativa. Esta tendência a biologização dos problemas sociais resulta no aumento do consumo de medicamentos e exames sofisticados. A medicina artesanal é substituída pela tecnificação do ato médico e, neste contexto, a política educacional, especialmente

o ensino em saúde mostra-se preocupada com as clínicas especializadas de caráter curativo. “A saúde pública, antes tão considerada, já não aparece como disciplina obrigatória do currículo mínimo, mas como especialização, caso o aluno pretendesse continuar os estudos em forma de pós-graduação” (Ibidem, 1992, p. 81).

Machado (1995) lembra que as inovações científicas e tecnológicas na área da saúde, na década de 70, geraram profundas mudanças no saber dos profissionais, levando à expansão das especialidades no Brasil. O curso de odontologia foi considerado como curso de nível superior, sendo anexado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e reconhecido como o primeiro curso de odontologia do País. Surgem as primeiras especialidades odontológicas e o médico especialista legitima-se social e culturalmente, enquanto o médico sanitário e demais profissionais, nesta lógica, ficam relegados a um segundo plano, mantenedor das antigas práticas campanhistas. Entre 1970 e 1980, duas vertentes teóricas difundiram-se na América Latina: a *Medicina Preventiva* e a *Medicina Comunitária*.

O crescimento econômico dos anos 70, segundo Almeida (1999), bem como o desenvolvimento das áreas sociais e o aumento da demanda no mercado de trabalho, faz com que haja um considerável aumento das escolas médicas na América Latina. A preocupação com a mobilização de recursos humanos nacionais e com a promoção do conhecimento regional levou a Organização Panamericana de Saúde (OPS) a realizar seminário de estudos em muitos países, além de apoiar a instalação de Mestrados em Medicina Social, inclusive no Rio de Janeiro. Foi formulado um “Marco Conceitual da Educação Médica na América Latina” e realizaram-se estudos sobre a proposta de medicina integral, desenvolvida pelos Movimentos Preventivista e de Medicina Comunitária.

A Medicina Preventiva trazia como elementos básicos o conceito ecológico de saúde e doença, a história natural das doenças e a multicausalidade. Os seminários internacionais viabilizados pela OPS, numa estratégia de expandir o discurso preventivista na América Latina, sugeriram a criação de Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas escolas médicas. Estes departamentos absorveram de forma diferenciada o modelo preventivista, havendo um caráter racionalizador aliado a uma visão de modernidade, que conformou ao médico-sanitário a face racionalizadora/modernizante. Contraoando-se a face

campanhista, esta tentou resgatar para o Ministério da Saúde o papel de condutor das políticas de saúde (até então pertencente ao médico-sanitarista), incentivando a participação de estudantes e professores em atividades de extensão ligadas a programação da assistência domiciliar e familiar.

A proposta da Medicina Comunitária é originária de idéias advindas da face racionalizadora/modernizante. Criada nos Estados Unidos, pouco depois do Movimento Preventivista, aspirava reduzir tensões em áreas marginalizadas e recuperar parte do conteúdo do movimento, com ênfase às ciências da conduta (sociologia, antropologia, psicologia) com vistas a integração das equipes de saúde às “comunidades problemáticas”, ou seja, prestar serviços às populações menos favorecidas, com programas de atenção à saúde.

Em síntese, os estudos caracterizavam a Medicina Comunitária, como a participação da comunidade nas ações de uma medicina integral, constituindo-se em uma nova estratégia do Estado no campo da saúde. A Medicina Comunitária não aparece, neste contexto, como um novo movimento teórico-idelológico no campo da saúde, tal como anteriormente havia sido a medicina preventiva e social (ALMEIDA, 1999, p. 47-48).

Assim, surge uma idéia de organização dos serviços de saúde, com base no modelo flexneriano, propondo que os serviços de saúde se responsabilizassem pelas ações preventivas e terapêuticas, com médicos generalistas capazes de cuidar dos indivíduos e comunidade (FRANCO e MERHY, 2003).

A proposta da Medicina Comunitária veio como alternativa aos altos custos dos serviços médicos e tem suas bases na necessidade de “integração” dos marginalizados da sociedade norte-americana.

Quando irrompe a crise de alimentos em 1972 – a produção declina pela primeira vez nos últimos vinte anos – novas políticas são engendradas. A extensão de cobertura torna-se fundamental e é aí que aparece a medicina comunitária como novo modelo para atenção aos carentes da América Latina, embora de modo ainda não hegemônico. Renasce, também, o interesse pela Medicina Tropical, em função dos interesses agropecuários, para fixar o pobre no campo, reduzindo gastos (DA ROS, 2000, p. 103).

Mesmo sendo voltada à comunidade e ao trabalho multidisciplinar, nesta proposta o processo de trabalho continuou centrado no médico. A assistência continuou utilizando-se das tecnologias, como uma prática complementar à medicina flexneriana, como forma de a saúde pública responder às necessidades sanitárias da década de 70.

Backes (1992), a respeito das diversas experiências internacionais ocorridas nesta época no campo da Medicina Comunitária, alega que a ênfase era voltada para a atenção primária em saúde. Tais experiências ganham relevância, sobretudo por ocasião da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, acontecida em Alma-Ata, na Rússia, em 1978. Para o período, a proposta da Medicina Comunitária encontrava-se em um estágio de estagnação. Estas propostas foram então revividas em novas bases e de forma mais bem acabada.

Emerge, também na década de 70, o Movimento Sanitário. Este visa resgatar a prática profissional humanista, a partir da unificação de movimentos que se indispõem com a lógica e a prática imposta pelo governo militar aos cursos na área da saúde. O movimento defende a Reforma Sanitária, através da criação de um sistema de saúde com direito para todos e dever do Estado (DA ROS, 1995).

Para Henrique (2002), as transformações ocorridas no sistema de saúde decorrentes das propostas da Reforma Sanitária, não tiveram grande impacto sobre a formação de um novo perfil de profissional da saúde.

Os Departamentos de Medicina Preventiva revisaram o antigo modelo tradicional de formação dos médicos e sanitaristas. A partir de então, a saúde pública passa a ser denominada saúde coletiva, “conferindo às ciências sociais um papel relevante na análise das condições e problemas de saúde da população” (MACHADO, 1995, p. 140).

A grande quantidade de escolas médicas criadas, durante a década de 60 e início de 70, possibilitou a crise do ensino médico, já que não houve planejamento adequado para preparação do corpo docente para as escolas e nem foi exigido um hospital-escola, resultando na queda do padrão de ensino e na busca dos estudantes pelos estágios extracurriculares.

Até a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o conceito de saúde que norteava as práticas em saúde no Brasil era centrado na cura da doença, prescindindo de ações eficazes de prevenção de doenças ou promoção à saúde.

Esta Conferência inaugura uma nova era no desenvolvimento de políticas de saúde no Brasil; suas propostas “conduziram a um projeto de mudanças no sistema de saúde que culminou na idéia de uma reforma sanitária” (Ibidem, 1995, p. 141). A necessidade de revisão na forma de preparação e capacitação dos profissionais de saúde é apontada, a fim de propiciar a eles uma formação mais adequada às necessidades de saúde da população. O médico sanitário fica isento de qualquer papel na implementação das novas políticas de saúde, perdendo seu prestígio e reconhecimento social dentro do SUS.

[...] a saúde coletiva, por sua natureza social e pública, se afasta progressivamente dos interesses do corporativismo médico, e o médico sanitário, como profissional, perde aos poucos a posição de direção técnica do processo, o domínio da especialidade e do mercado de trabalho. O avanço de tais acontecimentos transforma a saúde pública, de uma especialidade médica em uma ocupação multiprofissional, onde diversas categorias se completam, trocando experiências, conhecimentos e práticas (ibidem, 1995, p. 143).

Com relação às práticas de ensino, “... lentamente começaram a ser introduzidas novas unidades de conteúdo e novas disciplinas, enfatizando-se a dimensão social do conhecimento e aumentaram as tentativas de adequar a formação profissional à realidade da população e dos serviços” (NORONHA, 2002, p. 14-15).

Com a Integração Docente Assistencial (IDA), iniciada nos anos 80, na tentativa de articular instituições de educação e serviços de saúde e realizar alterações nos currículos das faculdades, são criados os Distritos Docentes Assistenciais (DDA), priorizando o desenvolvimento dos serviços básicos de saúde.

Inicia-se uma mudança, a partir do estímulo à formação do médico generalista e da educação permanente do pessoal dos serviços de saúde, através da IDA. Também se torna evidente a co-responsabilidade das diferentes instituições e da população com relação à atenção à saúde. Entretanto, ainda segundo a autora, as mudanças relacionadas ao sistema de saúde foram mais efetivas que as

mudanças relacionadas à formação profissional, já que nas escolas médicas ainda persistiu certa resistência à reformulação dos currículos tradicionais por muito tempo, permanecendo os princípios implantados pela “reforma flexneriana” dos anos 40.

Almeida (1999), conclui, com a ajuda de Rodrigues (1990), que nos anos 70 e 80, as principais tendências de reorientação médica na América Latina, foram:

- redefinição do objeto de estudo, através da substituição de práticas educativas em torno de conhecimentos centrados nos objetos de cada disciplina (doença, atendimento individual e curativo), por práticas baseadas em conhecimentos referentes à saúde da população;
- enfoques interdisciplinares;
- integração Docente Assistencial (IDA), concebida como um processo de serviço à comunidade;
- reconceitualização e incorporação das ciências sociais nos processos educacionais e
- inserção da Universidade, de forma crítica, nos processos de transformação dos sistemas de saúde.

A falta de preparo do corpo docente, bem como os currículos ultrapassados, a excessiva carga horária, a dissociação entre teoria e prática e a ênfase na assistência especializada e no uso maciço da tecnologia são fatores que contribuem para a formação de profissionais cada vez mais afastados da realidade. Entretanto, mudar a educação dos profissionais de saúde e adequá-los às demandas do SUS, é um processo longo e trabalhoso devido aos diversos campos e personagens envolvidos no processo. Além disso, embora a área da saúde tenha um Conselho Nacional atuante que conta com a força política das Conferências, na área da educação isto não acontece. Não existe espaço para discussões dentro deste contexto.

[...] as transformações na educação envolvem mudanças conceituais, de posturas, de lugares e de relações institucionais, bem como o enfrentando de conhecimentos e valores cristalizados hegemônicos [...] a educação médica está intimamente relacionada às macroestruturas e tendências econômicas e políticas, ao conceito de saúde e de necessidades de saúde, que são historicamente definidos, à organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente à prática médica (NORONHA, 2002, p. 10).

Permanece ainda, segundo Canesqui (2000), uma predominância do modelo biomédico na formação, centrado na concepção biológica da doença, o qual deixa de lado os fundamentos das ciências sociais e da saúde pública. É necessário que a formação em saúde atenda as demandas sociais, humanize o saber e a prática, preservando-se os conteúdos éticos. Espera-se da classe intelectual uma ação social transformadora, mediante a aceleração da consciência crítica que possibilita a emancipação.

2.2 Novas Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos Universitários da Área da Saúde – ao Encontro do Novo Profissional

“Dá-me uma universidade que te darei uma
visão compartimentada do universo.”
Carlos Drummond de Andrade

A Educação pode ser entendida como valioso instrumento de um grupo social dominante no exercício de sua hegemonia, para desempenhar a função de direção em relação aos demais grupos sociais. Os intelectuais têm como função incentivar a tomada de consciência da classe a que estão vinculados, processando essa homogeneização no campo econômico, social e político.

A instituição escolar, como elemento “privado” da sociedade civil, não atua isoladamente na configuração da cosmovisão e da ideologia. Atua conjuntamente com os demais aparelhos de hegemonia ativados na sociedade civil pelo grupo social dominante, tais como a igreja, a família, etc. Mas, sem dúvida, sua participação é extremamente significativa na elaboração, sistematização e irradiação da concepção do mundo/ideologia, cimento da coesão social, sobretudo porque ela tem participação concentrada e específica na preparação dos intelectuais, que são os agentes dos aparelhos de hegemonia (BACKES, 1992, p. 25).

Questões relativas à saúde e à educação são usadas com frequência como “bandeira de luta” daqueles que almejam o poder, embora as propostas por eles defendidas nem sempre vêm ao encontro das reais necessidades sociais.

Na área da saúde, a evolução curricular apresenta-se predominantemente com enfoque biologizante. A maioria dos cursos de graduação em saúde no Brasil vive, atualmente, alguns dilemas relacionados à necessidade de incorporação de um volume crescente de novos conhecimentos e tecnologias, bem como à pressão pelo atendimento às demandas, geradas pelas peculiaridades e desigualdades do País. Os rígidos currículos, formulados através de “grades curriculares”, resultam na diminuição da margem de liberdade das instituições de ensino superior, impedindo atividades de ensino que possibilitem a formação de estudantes ativos no processo de sua formação (REDE UNIDA, 2002).

Em 1987, a Fundação Kellogg apoiou estudos sobre condições de desenvolvimento das profissões de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Administração de Saúde. Um desses estudos concluiu que, para haver articulação entre o ensino médico com os serviços de saúde, era preciso envolver equipes multiprofissionais de estudantes, professores e profissionais dos serviços durante a graduação. Além de ampliar a participação da comunidade nos processos decisórios, buscando assim a melhoria do ensino e das condições da saúde.

No início da década de 90, a fundação lançou o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade. Este programa representa mais um degrau no desenvolvimento do setor saúde, unindo esforços para concretizar mudanças nos três elementos que o constituem: Universidade, Sistemas Locais de Saúde e Comunidade.

De acordo com Almeida et al. (1999), a UNI não é um programa que propõe e realiza mudanças de forma abstrata. Ao contrário, a iniciativa partiu de

uma análise minuciosa da saúde, da participação popular e da educação de profissionais da área da saúde na América Latina. Os projetos trabalham com a possibilidade de construir novas práticas sociais, através da “parceria”, contando com a ação de novos sujeitos em saúde, que se revelam nas atividades de ensino-aprendizagem, na prática dos profissionais em saúde, nas práticas sanitárias, na participação da população, e em tudo que leve ao desenvolvimento da cidadania.

[...] la educación transformadora considera que el aprendizaje es una respuesta natural del alumno a los desasos de una situación problema y está basada en la participación activa, en el diálogo constante entre profesores y alumnos y en la construcción de un nuevo conocimiento transformador de la realidad (Bordenave e Pereira, 1994 *apud* ALMEIDA, 1999, p. 57).

Assim, nos processos de mudança, a adoção de concepções pedagógicas críticas, reflexivas e metodológicas, permite a participação ativa dos estudantes, criando a possibilidade de interdisciplinariedade, especialmente quando inseridos em novos e diferentes cenários.

A UNI desenvolveu-se em 13 países Latinos Americanos, totalizando 23 experiências que incorporaram diversas metodologias como a integração docente assistencial, atenção primária à saúde, ensino baseado em problemas e trabalho interdisciplinar. Nas universidades em que ocorreu a proposta, as mudanças no processo ensino-aprendizagem ocorreram no cotidiano da prática pedagógica, orientando as relações entre educando-educador resultando na transformação da realidade e na construção de novos paradigmas (REDE UNIDA, 2002).

Diante destas mudanças e da nova maneira de pensar saúde, é importante refletir sobre o futuro profissional da saúde que, para muitos autores, deve ser preparado durante todo seu processo de formação para ser crítico diante das políticas de saúde com as quais se defronta. Neste sentido, Saupe (1992) sugere, referindo-se particularmente ao profissional de enfermagem, que este deve despir-se da sua visão de mundo conservadora, onde fica difícil ultrapassar os limites internos da profissão, para então entender os conceitos de consciência e cidadania, buscando coragem para reivindicar seus direitos de cidadão crítico.

[...] as bases de sustentação da formação do enfermeiro são as políticas de saúde e a realidade social, tendo presente que nem sempre as primeiras atendem as necessidades da segunda [...] a história tem mostrado que a mudança no discurso dificilmente é acompanhada de imediato, pela mudança na ação; que qualquer transformação, mesmo em nível individual, é inicialmente somente interna; que nossos valores, quando passíveis de assimilação, isto ocorre de forma gradativa (SAUPE, 1992, p.12 -14).

Na enfermagem da América Latina, segundo Almeida (1999), há uma história de relações entre a universidade e os serviços de saúde, o que faz com que a resistência a mudanças dessa natureza não seja tão maciça quanto nos demais cursos da área da saúde.

Entretanto, verifica-se que as amplas reformas curriculares estão gerando mudanças no que diz respeito às relações entre sujeitos e atores institucionais. A reorganização do modelo de ensino da universidade, com a finalidade de contemplar as novas necessidades dos cursos, reconhece novas funções para professores e estudantes e abre espaço institucional para os serviços de saúde e comunidade nos comitês curriculares, como também para a própria universidade nos trabalhos pedagógicos realizados pelos profissionais nos serviços.

Noronha (2002), na discussão sobre as atuais mudanças no sistema de ensino, informa que o SUS, segundo Paulo Seixas, ex-diretor técnico da Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, vive atualmente, três grandes movimentos, que estão relacionados:

- à reorganização das funções dos diferentes níveis de gestão, no intuito de obter maior capacidade regulatória e gestora do Sistema, bem como de seus componentes institucionais – eficácia, eficiência, qualidade e produtividade.
- à regionalização pactuada, processo iniciado pela NOAS/2000, que garante a racionalidade do Sistema, viabilizando a equidade e integralidade e não apenas a transferência de responsabilidade para os níveis municipais.
- ao Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo de atenção à saúde.

Para os autores, torna-se imprescindível um conjunto de ações de qualificação, tanto do Sistema quanto de profissionais, para um novo modelo assistencial, com base nos princípios da vigilância à saúde e valorização da atenção básica, o que faz com que a articulação entre políticas de educação e de saúde seja fundamental. Neste sentido, as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde “valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino” (Ibidem, 2002, p. 11).

A discussão sobre as diretrizes começou em 1997, quando foi publicado um edital convocando Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentarem propostas sobre o assunto para os diferentes cursos de graduação. Foram criadas diretrizes específicas para cada área, posteriormente, para cada curso. Na área da saúde, estão incluídos os cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Economia Doméstica, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2001).

Estas Diretrizes Curriculares têm como objetivo:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender, o que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Ibidem, 2001).

Segundo o documento, a formação dos profissionais tem o intuito de dotá-los dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

- Atenção à saúde
- Tomada de decisões
- Comunicação
- Liderança
- Administração e Gerenciamento
- Educação Permanente

Com a aprovação das Diretrizes Curriculares e a articulação entre duas políticas de governo, provenientes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, foi criado, em abril de 2002, o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares em Cursos de Medicina (Promed). Este programa tem como propósito “reorientar os produtos da escola médica – profissionais formados, conhecimentos gerados e serviços prestados – dando ênfase às mudanças no modelo de atenção à saúde, em especial àquelas voltadas para o fortalecimento da Atenção Básica” (NORONHA, 2002, p.12). O Promed pretende oferecer apoio técnico e financeiro para as escolas médicas que se dispuser a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com os serviços de saúde à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista. Também objetiva envolver, futuramente, escolas de Enfermagem.

Algumas iniciativas governamentais também foram fundamentais como os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, que objetivaram cooperação entre instituições de ensino e órgãos gestores dos serviços de saúde, para implementação de programas voltados ao pessoal atuante no PSF, garantindo assim um perfil adequado aos princípios e diretrizes da estratégia.

Os Pólos são formados por Instituições de Ensino Superior (IES) articuladas com as Escolas de Saúde Pública (ESP), que fazem convênios com as secretarias estaduais e municipais de saúde. Esta iniciativa visa “concertar” a concepção formada do profissional de saúde, com relação às práticas em saúde coletiva, uma vez que os hospitais-escola representam ainda hoje o cenário principal de prática dos estudantes durante o seu processo de formação profissional.

As mutações no saber e nas práticas médicas passam também pelos movimentos sociais de estudantes, cuja pressão é crescente desde os anos 50. Estes movimentos são marcados por reivindicações não só da expansão quantitativa do ensino, que envolve verbas para ensino e pesquisa, vagas nas universidades, leitos hospitalares universitários, mas também em relação à transformação qualitativa do ensino, ou seja, a reforma dos currículos, adaptando-os à realidade brasileira em mudança (LUZ, 1986).

É preciso compreender que as exigências atuais de formação dos trabalhadores de saúde têm se voltado para um novo perfil profissional, com base nas necessidades sociais de saúde e não apenas nas exigências do mercado de

trabalho setorial, caracteristicamente “hospitalocêntrico”, na perspectiva de atuação em ações intersetoriais de promoção a saúde.

Como desafio, cabe refletir sobre as reais condições para se ofertar uma educação profissional capaz de responder à atualização do conhecimento tecnológico, bem como às atuais demandas sociais e políticas, considerando-se a redução dos gastos na educação e na saúde, as precárias condições da rede pública de ensino, bem como as deficiências na formação de professores.

“Se trago as mãos distantes do meu peito
É que há distância entre intenção e gesto
De tal maneira que depois de feito
Desencontrado eu mesmo me contesto”.
Rui Guerra e Chico Buarque – Calabar)

2.3 Modelos de Saúde – Diferentes Estilos de Pensamento

Mendes (1999) comenta que para que o SUS possa firmar-se como espaço da saúde há de construir-se um novo sistema, envolvendo mudanças que acontecerão, concomitantemente, na concepção do processo saúde-doença, no paradigma sanitário e na prática sanitária. Uma reforma nesse nível “é um processo de longa maturação porque essas mudanças vão incidir nos planos político, ideológico e cognitivo-tecnológico” (Ibidem, 1999, p.234).

Para o autor, um sistema dominante de crenças não significa necessariamente, uma concepção unânime sobre um determinado fenômeno, mas pode significar certa estabilidade entre concepções diferentes que coexistem em um dado momento e numa certa sociedade, com relação a este fenômeno. Quando um sistema de crenças sobre a concepção de saúde, por exemplo, surge, há um longo processo de mudança, onde o sistema de crenças vigente é lentamente substituído.

À medida que evolui o conceito de saúde, isso vai influir na forma como uma comunidade científica codifica o paradigma sanitário. Mais, o paradigma vai sendo reconstruído, também, por força de inovações na teoria geral da ciência, na teoria da saúde, nos métodos e nas práticas sanitárias (Ibidem, 1999, p. 237).

Cabe aqui salientar que Mendes (1999) refere-se ao termo **paradigma** na sua versão kuhniana sociológica, ou seja, entendido como elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, metodológicos e técnicos, que são compartilhados por membros de uma comunidade científica. Da Ros (2000) apropria-se do termo **estilos de pensamento** ao mencionar estes elementos, com base em Fleck. No decorrer desta revisão, aparecerão ambas as expressões, bem como o termo **modelos conceituais de saúde**, caracterizando este sistema dominante de crenças, ao qual nos referimos anteriormente.

Antes de aprofundar, contudo, a proposta sugerida por Mendes (1999), faz-se necessário compreender a evolução dos modelos assistenciais de saúde ao longo da evolução social e política do Brasil.

Os modelos assistenciais de saúde, como já foi discutido, em diferentes épocas, são construídos de acordo com a concepção de saúde então existente e de sua determinação naquele contexto. A história, bem como a organização política, econômica e cultural de um grupo social, é responsável por estas transformações, conforme afirma Silveira (2000). A autora cita Fachini ao referir que a hegemonia de um modelo nunca significou que outros estudos e interpretações não fossem feitos, tanto que o Modelo Ecológico (Leavell e Clark, 1976) que organiza a intervenção a partir da História Natural da Doença não deixa de ser uma variação da multicausalidade, muito utilizada atualmente para explicar problemas de saúde pública.

A concepção de saúde resgata tanto o usuário quanto os profissionais, como sujeitos da produção em saúde na prática sanitária construída, para atender à lógica curativa individual ou à lógica preventiva e coletiva, havendo uma “relação intrínseca entre a determinação estrutural e individual do processo saúde/doença” (SILVEIRA, 2000, p. 29).

No decorrer desta luta ideológica entre maneiras de pensar saúde, observa-se uma concepção monocausal do processo saúde-doença e, mais tarde, a multicausalidade, levando-se em conta não só o agente/hospedeiro, mas também

determinantes de caráter individual. A saúde vista como ausência de doença, que oferece serviços preventivos e curativos, tem como base o modelo flexneriano de atenção à saúde (ou à doença, o que parece mais lógico). As limitações dessas concepções vão evidenciando-se à medida que as doenças transmissíveis perdem a importância relativa, a expectativa de vida aumenta e as doenças crônicas e as causas externas vão ganhando força (MENDES, 1999).

É preciso não perder de vista que houve uma verdadeira “evolução conceitual” nos modos de pensar e fazer em saúde, resultando daí modelos diferenciados, desde os modos monocausais de pensamento em saúde, passando pela *história natural da doença*, de Leavell e Clark, até chegar ao *campo da saúde*, de Lalonde (GOULART, 1999, p.19).

Mendes (1999) aponta que, enquanto a economia brasileira era fundamentada na monocultura cafeeira, exigia-se do sistema uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e controle ou erradicação das doenças que prejudicassem a exportação. Assim, o sanitarismo campanhista, tem como pano de fundo uma concepção de saúde que leva ao modelo monocausal, onde os problemas de saúde são explicados através da relação entre agente-hospedeiro. Com o processo de acelerada industrialização, vivenciado a partir do governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira, houve um deslocamento da economia para os centros urbanos e a massa operária gerada precisava ser atendida pelo sistema de saúde.

Observou-se, então, um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acabou por levar à conformação e hegemonização, na metade da década de 60, do modelo médico-assistencial-privatista (Ibidem, 1999, p. 59).

Paim (1994) menciona que, no Brasil, convivem de maneira contraditória ou complementar o *modelo assistencial sanitaria* e o *modelo médico-assistencial privatista*, onde o primeiro corresponde à saúde pública tradicional, que enfrenta problemas através de “campanhas” e “programas especiais”; já o segundo está voltado para a chamada “demanda espontânea”, onde os indivíduos

procuram os serviços de saúde por livre iniciativa. O SUS, para o autor, corresponde a um *modelo assistencial alternativo*, com base na “oferta organizada” dos serviços de saúde.

O dilema preventivista (Arouca, 1975) associava-se à dificuldade de operacionalizar esses níveis de prevenção² em sistemas de saúde estruturados sob a hegemonia do modelo médico assistencial privatista. No caso brasileiro, desde os anos 20, a organização sanitária teve origem e desenvolvimento de forma dicotômica: saúde pública, de um lado, e medicina previdenciária, de outro (Ibidem, 2003, p. 163).

Campos (*apud* SILVEIRA, 2000, p.27) identifica vários modelos assistenciais no Brasil, os quais foram historicamente construídos através das diferentes políticas de saúde implementadas. Dentre eles, pode-se dizer que os três mais significativos e que ainda hoje estão presentes no cenário político, são: o modelo *liberal-privatista*, o modelo *racionalizador-reformista* e o *sistema único de saúde (SUS)*.

O primeiro é caracterizado pelo investimento onde há possibilidade de lucro e pela assistência paga pelo usuário, de forma direta ou através da previdência social, na lógica da atenção médica individual e curativa. Este modelo resultou em desigualdade no acesso aos serviços, estruturando, assim, duas formas de atenção: “um atendimento especializado, tecnificado e resolutivo para a população de maior poder aquisitivo, e um Pronto Atendimento, impessoal e pouco resolutivo, comprado pelo Estado, que contratava ou credenciava hospitais e serviços” (Ibidem, 2000, p.27).

“O proletariado organizado tem seu seguro social (IAP’s – Institutos de Aposentadoria e Pensão), e o exército de reserva, operários pobres e camponeses, terão a assistência pública ou de hospitais religiosos ou de caridade” (DA ROS, 2000, p. 101). Dessa maneira, a população pobre passa a ser atendida, ainda que por interesse político para manter a força de trabalho.

De acordo com Silveira (2000), foi esta intervenção estatal que permitiu a expansão do modelo liberal-privatista.

² Referente ao modelo da história natural das doenças (Leavell & Clark, 1976) que possibilitava pensar a “prevenção da ocorrência” e a “prevenção da evolução” das doenças (Hilleboe &

Assim, desenvolveram-se no Brasil as Campanhas Sanitárias e os Centros de Saúde tradicionais que trabalhavam apenas com alguns programas considerados necessários ao controle de endemias ou da mortalidade infantil e materna. Foi com essa lógica que, mais recentemente, se desenvolveram os “Postinhos de Saúde”, dentro da proposta de atenção comunitária aos carentes e marginalizados (Campos, 1989, p. 54-55 *apud* SILVEIRA, 2000, p. 27).

Durante a década de 60 até metade da de 70, as ações de saúde serão norteadas, na América Latina, pela ideologia desenvolvimentista. Este modelo é marcado pela tentativa de construir uma via de desenvolvimento não extremamente capitalista e nem totalmente comunista, onde a medicina atenda também os grupos marginais, urbanos ou rurais (DA ROS, 2001).

Buscando operacionalizar o atual modelo assistencial, o SUS, alguns municípios referenciam-se na experiência de países cujos sistemas de saúde são mundialmente reconhecidos. “Os três modelos estrangeiros que mais têm inspirado as experiências nacionais são o cubano, o canadense e o inglês” (SILVEIRA, 2000, p. 29). Curiosamente, todos os três, apesar de serem “medicocêntricos”, têm como marco conceitual as recomendações da Conferência Alma Ata (1978). Esta conferência, cujos postulados são comuns à estratégia de Atenção Primária e à Promoção da Saúde, representou um salto qualitativo em relação ao passado e seus enfoques prioritários constituem hoje “os delineamentos introdutórios de um novo paradigma da saúde [...]” (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 20).

A Declaração de Alma Ata, de acordo com Franco e Merhy (2003), propõe os “cuidados primários de saúde” articulados ao argumento da enorme desigualdade social existente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Tal como a, já mencionada, Medicina Comunitária, as propostas partem de uma lógica racionalizadora para os serviços de saúde, com menores custos possíveis. Assume assim, o conceito de saúde adotado pela OMS: “[...] saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença [...]”.

Larimore, 1965). Nesse diagrama acoplavam-se os cinco níveis de prevenção, sendo um deles a **promoção da saúde**.

De posse destes parâmetros, organiza-se um modelo de serviços de saúde baseado numa idéia de correspondência linear e seqüencial entre as ações de saúde e a História Natural das Doenças; supondo-se que as ações podem ir do momento inicial do processo histórico natural até o final seguindo uma estruturação da ação mais simples à mais complexa (*Ibidem*, 2003, p. 81-82).

A inscrição do ideário preventivista fica clara na proposta, como forma de assistir a população com procedimentos de baixo custo e coletivos. Penetra, desta forma, no imaginário dos diversos segmentos reformistas contradizendo, apenas aparentemente, o ideário flexneriano.

No modelo “médico procedimento centrado”, a consulta médica é o centro do trabalho desenvolvido na Unidade. A partir dela, é ofertado um “cardápio” de serviços a serem executados pelos outros profissionais. O processo de trabalho realizado por estes é estruturado e comandado pelos saberes e atos dos médicos ficando claro que os profissionais não médicos não têm nenhuma autonomia para o trabalho assistencial, nem mesmo para exercer o que lhes é facultado como competência profissional. A hegemonia médica na exterminação da produção de serviços de saúde faz que os “procedimentos” centralizem o campo tecnológico que responde às necessidades dos usuários (*Ibidem*, 2003, p. 87).

Mendes (1999, p. 58), ao tratar dos modelos assistenciais de saúde, conclui: “Neste século, o sistema de saúde transitou do sanitarismo campanhista (início do século até 1965) para o modelo médico assistencial privatista, até chegar, no final dos anos 80 ao modelo plural, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o SUS”.

Pode-se dizer que o SUS ainda encontra-se em fase de implantação, tendo atingido apenas em parte o seu propósito de resolver os problemas de saúde da população. Com origem na medicina comunitária e a fim de atuar neste sentido, o governo criou, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), na tentativa de viabilizar a efetivação dos princípios do SUS na prática de atenção à saúde, e também como estratégia diminuidora de custos, conforme proposta do Banco Mundial. Trata-se, porém, de uma proposta diferenciada, que também agrada ao Movimento Sanitário “[...] aproveitando os espaços junto aos municípios e que possivelmente seja o resgate da idéia deste ator social coletivo da década de 70 (o

movimento de saúde comunitária, um dos integrantes do movimento sanitário)” (DA ROS, 2000, p.107).

Entretanto, o PSF é uma estratégia que ainda precisa aperfeiçoar alguns aspectos, principalmente no que diz respeito à lógica do procedimento, que permanece centrado no médico, caracterizando o contexto ainda hegemônico atualmente.

Como se percebe, os modelos assistenciais vêm ganhando diferentes olhares através dos tempos, reforçando lentamente seu caráter social e pressupondo ruptura de paradigmas tradicionalmente consolidados nos serviços, embora a lógica do procedimento permaneça centrada no profissional médico.

Mendes (1999) incentiva esta mudança quando diz que não há razão para a separação entre ações curativas e preventivas já que o ambiente pode ter importante papel na cura, serviços de saúde podem ter importante papel na prevenção e estes últimos são os responsáveis por uma espécie de sentimento de confiança da população.

Para superar o paradigma flexneriano, baseado na ausência de doença, ser humano-máquina, biologicismo e total individualismo, cuja prática sanitária é a atenção médica, o autor sugere a vigilância da saúde como modelo de prática sanitária, ancorada no paradigma da produção social da saúde, que articula as dimensões individuais e coletivas em diferentes estratégias de intervenção: promoção da saúde, prevenção e atenção curativa. Neste novo paradigma, a saúde é vista em sua positividade, como um processo que pode melhorar ou não, conforme a ação da sociedade sobre os seus fatores determinantes.

Saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual ou coletivamente (Ibidem, 1999, p. 237).

A proposta convida a uma mudança estrutural nos sistemas de saúde para que haja além de uma racionalização dos serviços uma efetiva mudança no modelo de atenção. A “construção social de um novo sistema de saúde” exige mudanças em algumas categorias como a **concepção do processo saúde-doença**, o **paradigma sanitário** e a **prática sanitária** (para o autor, prática sanitária “é a

forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde”) (Ibidem, 1999, p.241).

Essas mudanças sugeridas, entretanto, chegam a ficar sobrepostas em um dado momento. Não acontecem bruscamente, exigindo um período em que o novo convive com o velho, havendo uma transição. A mudança de uma crença vigente é um processo longo, onde nenhum resultado ocorre em curto prazo. Assim, aponta que:

A concepção de processo saúde-doença tem evoluído, consideravelmente, de maior vinculação com as doenças e a morte, isto é, aproximações negativas, até concepções mais veiculadas a qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social, ou seja, uma aproximação positiva (Ibidem, 1999, p. 235).

Outra categoria integrante do processo, e que vai ser determinada pelas outras três, é a forma como se estrutura a **ordem governativa da cidade**. Esta deve permitir fazer da cidade um espaço de produção social da saúde, através da intersectorialidade, com base “na articulação das ações de governo sobre problemas concretos, de pessoas concretas, identificados em territórios concretos e transformados em demandas políticas” (ibidem, 1999, p. 255). Desta forma, um dos projetos estruturantes, que vai atuar no sentido de construir socialmente o paradigma da produção social da saúde e a prática da vigilância da saúde, é o projeto “Cidade Saudável”, sobre o qual abordaremos no próximo item.

As condições concretas de vida, de fato, têm a ver com os determinantes da saúde, e neste sentido, também Ferreira e Buss (2002) afirmam que conhecer e agir sobre tais determinantes é absolutamente necessário para se promover a saúde. Portanto, é chegada a hora de abordarmos mais detalhadamente este termo que, para alguns autores, representa mais uma estratégia de intervenção sanitária e, para outros, um novo paradigma na atenção à saúde: a promoção da saúde.

2.4 Promoção da Saúde Como Estratégia Para um Novo Modelo de Atenção Para a Saúde

O modelo biomédico, como já sabido, não atende mais totalmente às necessidades de saúde da sociedade contemporânea. Diante da crise atual, onde as ações são predominantemente de natureza técnica, configurando um modelo de atenção à saúde medicocêntrico, a promoção da saúde aparece no final do século XX como estratégia propulsora de um novo modelo de saúde.

O Informe Lalonde (1974) e a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), a qual resultou na Carta de Ottawa, representam marcos da evolução do conceito e da formulação de estratégias inovadoras para sua implementação. Este documento, um dos fundadores da promoção de saúde atual, está associado a um conjunto de valores que são, de acordo com Buss (2000): qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria e a uma combinação de estratégias: ações do Estado, da comunidade, do indivíduo, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais, trabalhando assim com a idéia de responsabilização múltipla pelos problemas sanitários e soluções propostas para resolvê-los.

O termo promoção da saúde, entretanto, já havia sido abordado muito antes. Um dos primeiros autores a comentar o termo foi Henry E. Sigerist (1945), historiador médico canadense, em seu artigo *The place of the physician in modern society*, de 1946. Nesta ocasião indica “as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação” (VERDI, 2002, p. 156). Cita ainda que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”, para o que se faz necessário o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, Sigerist direciona o papel social de protetores das pessoas e direcionamento das mesmas para uma vida mais saudável e feliz (BUSS, 2000, p.166).

Wislow, médico norte-americano contemporâneo de Sigerist, referiu-se à promoção da saúde como um esforço da comunidade organizada para tornar efetivas políticas de melhoria das condições da população, bem como programas

educativos dirigidos à saúde individual e para desenvolver mecanismos sociais, assegurando níveis de vida adequados para a manutenção e melhoria da saúde (VERDI, 2002).

Mas é em Leavell e Clark (1976) que se encontra a formulação teórica mais reconhecida do conceito de promoção da saúde. Em seu modelo da História Natural das Doenças, a promoção da saúde é mencionada como um nível de atenção da medicina preventiva, correspondente à prevenção primária, que por sua vez consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde melhor, conforme a referência de Buss (2000), através da proteção do homem contra agentes patológicos. A educação em saúde é dita como sendo de relativa importância para tal. Entretanto, este mesmo autor critica alguns aspectos do modelo, quando sugere “um reducionismo do foco de atenção da medida de promoção de saúde no âmbito individual, uma vez que as ações de saúde dirigem-se, via de regra, para o indivíduo, podendo projetar-se, às vezes, para a dimensão da família e, mais raramente, para os grupos sociais” (VERDI, 2002, p. 158). Além disso, refere que o conceito, colocado desta forma, torna-se inapropriado para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis. O epidemiologista norte-americano Alan Dever, com base neste modelo ecológico, defendeu que a saúde é resultado de um conjunto de fatores, os quais dividiu em quatro categorias: biologia humana, ambiente, estilos de vida e serviços de saúde.

Em 1974, de acordo com Pereira et al (2000), o Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, Marc Lalonde publicou um documento com o título “Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses”, onde relata mudanças no setor saúde, objetivando minimizar os riscos de saúde mental e física e melhorar o acesso da população à atenção à saúde. Como consequência deste documento, que passou a ser conhecido como “Informe Lalonde”, aconteceu a Conferência de Alma Ata (1978) – Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária.

A Conferência, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), entendeu por “cuidados primários de saúde” os cuidados essenciais, com base em métodos práticos, científicos e socialmente aceitáveis, com tecnologia de acesso universal aos indivíduos e suas famílias na comunidade e a um custo razoável ao país. Neste contexto, a saúde é entendida como um direito humano e a melhoria das

condições de vida como dever e responsabilidade do governo, que também deve garantir esse direito (BACKES, 1992).

Marcada por discussões em torno de uma nova concepção de saúde, que entende o indivíduo como sujeito e, conseqüentemente, devendo ser tratado na sua integralidade, nesta Conferência estabeleceu-se a meta de “Saúde para todos no ano 2000”, cujas recomendações influenciaram as políticas de saúde de muitos países, inclusive o Brasil (PEREIRA et al, 2000).

Com o “Informe Pessoas Saudáveis”, publicado pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos em 1979, a promoção da saúde é diferenciada da prevenção de doenças. A primeira diz respeito às mudanças de estilo de vida, enquanto a prevenção refere-se à proteção da saúde ante as ameaças procedentes do ambiente.

Mais tarde, em 1984, o Informe Lalonde trabalhou as principais causas de doenças da sociedade canadense. Verificou que estas estavam ligadas à biologia humana, estilo de vida e meio ambiente e que a concentração de recursos se dava na organização da assistência à saúde. Propôs, então, que o peso relativo de cada componente para a produção do problema fosse considerado.

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada pela OMS, em novembro de 1986, no Canadá, aprova a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Esta aponta para um modelo sanitário mais amplo que incorpora como determinantes da saúde: “os fatores ambientais, sociais, políticos, econômicos, comportamentais, biológicos e médicos” (CARVALHO, 1996, p.117).

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” WHO, 1986 (*apud* BUSS, 1998, p.167). O documento ainda questiona o enfoque de educação para a saúde tradicional, “no qual a população desempenha um papel de receptor passivo nos programas desenvolvidos por profissionais da saúde e especialistas [...]” (PEREIRA et al, 2000, p. 40).

Em 1988, foram apontados cinco campos de ação prioritários para a promoção da saúde:

- políticas públicas saudáveis;
- ambientes favoráveis à saúde;
- fortalecimento da ação comunitária (*empowerment*);
- desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e
- reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública.

É inquestionável a influência de tal conjunto de postulados na formulação doutrinária e operacional referente aos modelos de saúde na América Latina, em anos mais recentes, mesmo porque os organismos internacionais que promoveram a Conferência de Ottawa naturalmente endossaram e passaram a fazer proselitismo em torno das recomendações dela emanada, transformando a promoção da saúde em mais uma das palavras de ordem aos países membros (GOULART, 1999, p. 22).

Estes campos “[...] buscam, claramente, superar a visão que relacionava promoção com correção de comportamentos individuais, concebidos como principais, senão únicos, responsáveis pela saúde” (VERDI, 2002, p.162).

A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde acontece em Adelaide, na Austrália, em 1998, onde duas questões se destacam no discurso sobre o tema: a intersectorialidade e a responsabilização do setor público. A III Conferência, realizada em Sundswal, Suécia, em 1991, aborda a relação entre saúde e ambiente, e abre espaço para o aprofundamento em um dos campos da promoção da saúde – o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde (Ibidem, 2002).

A partir daí, a promoção da saúde passou a ser considerada nas políticas de saúde de muitos países, inclusive da América Latina. Em Santa Fé de Bogotá, sob a coordenação da Organização Panamericana da Saúde e do Ministério da Saúde da Colômbia, reuniram-se 21 países para discutir o tema Promoção de Saúde e a Equidade. Segundo a autora, ainda verifica-se uma quarta edição de Conferências, desta vez em Jacarta, Indonésia, em 1997, cujo tema - Novos Atores para uma Nova Era - enfocava o fortalecimento da ação comunitária.

Neste documento, segundo Pereira et al (2000), a saúde é vista como direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento econômico e social e, sendo assim, faz-se necessário a participação por meio da educação, informação e

direito de voz das pessoas e comunidades, para que a promoção da saúde de fato aconteça.

As diversas Conferências Mundiais evidenciam a promoção da saúde como um paradigma alternativo para políticas de saúde, onde esta é compreendida como resultante de uma série de fatores individuais e coletivos, econômicos, sociais, políticos, étnicos, religiosos, culturais, psicológicos, laborais, biológicos e ambientais, entre outros, que interagem num processo dinâmico. Estes fatores vão ao encontro de uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações em saúde numa perspectiva contextual, histórica, coletiva e ampla.

Portanto, a promoção da saúde requer o estabelecimento de parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas de diversos grupos e coletividades, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais nos diferentes níveis, particularmente aquelas de caráter intersetorial (Ibidem, 2000, p. 41).

O que acontece no Brasil, entretanto, é que, mesmo com as contínuas reformas do final do século XX, as políticas públicas permanecem conservadoras e carentes de recursos, mostrando-se ineficazes e fazendo do cenário social brasileiro um dos piores da América Latina. Neste sentido, espera-se que a promoção de saúde passe a representar um olhar social, político e técnico sobre o processo saúde-doença-qualidade de vida.

As políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde são apontados, por Verdi (2002), como eixos da concepção de promoção de saúde, ao substanciar a proposta de Cidades Saudáveis que, na América Latina, foi rebatizada de Movimento de Municípios e Comunidades Saudáveis.

A partir de certo tamanho uma cidade perde as condições mínimas de qualidade de vida. Surge o anonimato e a massificação. O transporte pode mais congestionar, do que facilitar a vida dos habitantes. A infra-estrutura entra facilmente em colapso. E não por último começam as deseconomias. Cada unidade nova de industrialização, por exemplo, pode custar muito mais caro aos cofres da cidade em termos de poluição, congestionamento, administração, etc., do que os benefícios possivelmente oriundos em termos de produto e emprego (DEMO, 1985, p.125).

Mendes (1999) assegura que para haver uma cidade saudável todos os atores sociais – governo, organizações não governamentais, famílias e indivíduos – devem orientar suas ações no sentido de transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população. “É um movimento que procura instituir nova ordem governativa na cidade, a gestão social, informada pela prática da vigilância da saúde. A saúde, como qualidade de vida, é colocada como objeto de todas as políticas públicas, entre elas as das políticas de serviços de saúde” (Ibidem, 1999, p. 259).

A idéia está sustentada pelo fortalecimento das ações comunitárias até chegar em nível individual, onde é importante a busca permanente de mais saúde, bem como sua incorporação em todas as decisões políticas, sua localização no nível local e sua condução pelas autoridades municipais.

Verdi (2002) questiona se um modelo como este, oriundo de uma sociedade desenvolvida, se aplica também a realidade de uma sociedade subdesenvolvida, cujo sistema capitalista é excludente e concentrador, onde a desigualdade e a injustiça são marcantes e impera a miséria absoluta de grande parte da população. Lança então, um desafio para a promoção da saúde na América Latina e no Brasil, que “passa pela transformação das relações sociais extremamente excludentes, passa pela conciliação de interesses econômicos com propósitos sociais de bem estar para todos, passando também pelo *empowerment*³ da sociedade” (Ibidem, 2002, p. 169).

Há que mencionar-se, porém, que no Brasil, embora a promoção da saúde venha tendo respaldo nas conferências de saúde, ações efetivas neste sentido não têm sido implementadas. Permanecem equívocos ideológicos com relação a sua concepção nos serviços de saúde, não havendo emprego correto do termo pelos profissionais, que constantemente confundem a promoção da saúde com práticas de prevenção e/ou educação para a saúde.

A autora refere que Sutherland e Fulton (1992), reúnem as diversas conceituações e práticas de promoção da saúde em dois grandes grupos:

³ Fortalecimento da ação comunitária

- primeiramente, a promoção da saúde estaria relacionada às atividades dirigidas ao comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida. Os programas ou atividades de promoção de saúde, neste contexto, estariam concentrados em componentes educativos e sob o controle dos próprios indivíduos, como por exemplo, o hábito de fumar, as atividades físicas...;
- o outro grupo, e que caracteriza modernamente a promoção da saúde, é diferenciado pelo papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, onde se concentram conceitos deste segundo grupo. A saúde passa a ser produto de fatores relacionados à qualidade de vida, incluindo adequado padrão de habitação, alimentação, saneamento, trabalho e renda, oportunidades de educação, apoio social para famílias e indivíduos e um amplo espectro de cuidados de saúde (FERREIRA e BUSS, 2002).

Desse modo, as atividades de promoção, quando centradas no comportamento dos indivíduos e seus *estilos de vida* são insuficientes para que se promova a saúde de fato. Para que isto aconteça, estas devem estar relacionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, ou seja, “é preciso que se atue sobre os determinantes sócio-culturais, políticos e econômicos mais amplos que influenciam o processo saúde-doença, isto é, sobre as *condições de vida*, enfrentando os componentes nocivos destas esferas e estimulando os que sabidamente fomentam a saúde” (Ibidem, 2002, p. 21).

A formulação do conceito de promoção da saúde vem evoluindo ao longo das últimas décadas e contribui para inúmeros eventos, principalmente internacionais, além de pesquisas e experiências, também na área da educação, já que a mudança no campo da saúde, como discutida anteriormente, passa também pela sala de aula.

Neste sentido, BERLINGUER (1993, p. 150), referindo-se a Bioética da Vida Cotidiana, menciona uma tendência de atribuir-se o cuidado do indivíduo e da comunidade ao médico, isentando as instituições, a universidade e a ciência de qualquer responsabilidade. Entretanto, a universidade ensina muito pouco sobre as relações entre médicos e pacientes, bem como sobre a função educativa do profissional médico, assim como as instituições favorecem os privilégios sociais, políticos e profissionais, esquecendo-se das reais necessidades dos pacientes. Com

isso, até mesmo a ciência e todas as suas extraordinárias descobertas foi se afastando do “mundo das profissões e das exigências elementares”, necessitando-se agora de um programa que não se preocupe exclusivamente com a assistência e a proteção, mas sim com a promoção da saúde.

Uma interessante experiência na área da educação é relatada por Buss (1999) ao discutir promoção e educação em saúde na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). A estratégia de ensino da ENSP desenvolve-se a partir de uma equipe multidisciplinar que busca solucionar problemas mediante o trabalho interdisciplinar, respaldado pela produção teórica de suas unidades acadêmicas, com a missão de capacitar as lideranças e o pessoal dos serviços para a reconversão do modelo na direção desta estratégia.

Buss (1999) considera que as escolas de saúde pública devem definir seus programas de ensino em função dos contextos epidemiológico, epistemológico e dos serviços de saúde. No Brasil, a prevalência de doenças relacionadas com os estilos de vida exige uma transformação do modelo assistencial, com base nas ações de promoção de saúde sustentadas em evidências e isto inclui iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação.

Dentre as mudanças nas concepções teórico-conceituais da ENSP, nos últimos anos, estão: “a renovação da Promoção da Saúde, como função essencial da Saúde Pública e a proposta da Escola de Governo em saúde, implementada, entre outras estratégias pedagógicas, pela educação à distância” (Ibidem, 1999, p. 178).

Presume-se que, com as transformações econômico-sociais, aumentem consideravelmente os problemas relacionados com o ambiente, com as farmacodependências e com os estilos de vida que vêm com a modernidade e a urbanização. Este perfil epidemiológico exige uma atenção tardia, poli-medicamentosa, tecnologicamente dependente e que requer especialistas, tornando necessário que se somem a estas ações o fortalecimento do caráter promocional e preventivo dos serviços de saúde. Assim, as ações de promoção da saúde devem incluir informação, educação e comunicação, além da articulação de saberes técnicos e populares e da “mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes” (Ibidem, 1999, p. 179).

Para o autor, já que a participação da população é central no conceito e na prática da promoção da saúde, é imprescindível a provisão de informações para o exercício da cidadania, e a comunicação é um instrumento importante para a mobilização social.

Pode-se, então, finalizar por hora este pequeno recorte sobre o mais recente movimento social, que se ergue como reação da sociedade e dos profissionais da saúde a extrema “medicalização” da saúde. Olhar para o indivíduo só, ignorando seu contexto e de forma fragmentada, jamais permitirá que se chegue a sua totalidade, onde estão de fato ilustradas as suas necessidades. “[...] Promover a saúde implica, também, dirigir o olhar ao coletivo de indivíduos e ao ambiente em todas as dimensões, física, social, política, econômica e cultural. Por fim, promover a saúde implica uma abordagem mais ampla da questão da saúde na sociedade” (VERDI, 2002, p. 159).

Na nova maneira de pensar saúde, esta deixa de ser uma área de responsabilidade da medicina e passa a ser um projeto social ligado as responsabilidades políticas e na qual a sociedade deve ser capaz de promover saúde, assim como mostra habilidade em sua capacidade de curar doenças, conservando desta maneira, o seu bem-estar (PEREIRA, 2000).

2.5 Modos, Condições, Estilos... Qualidade de Vida e Promoção da Saúde

Uma sociedade, num dado momento histórico, tem um **modo de vida** correspondente. Tanto a saúde como as doenças são processos inerentes à vida, “condicionados pelos modos de vida, condições de vida e estilos de vida” (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 17).

O modo de vida da sociedade é a expressão das características do grau de desenvolvimento de suas forças produtivas, da sua organização política e social, da sua cultura, da sua história, da situação de saúde da população, ou seja, das diversas **condições de vida** dos diferentes setores da população.

O conceito de **estilo de vida**, por outro lado, diz respeito ao indivíduo ou um pequeno grupo e seus hábitos e valores, suas características biológicas, a

habitação e seu entorno, bem como sua participação na produção e distribuição dos bens de serviço.

[...] a situação de saúde está estreitamente vinculada com a vida cotidiana de indivíduos e populações. A vida cotidiana é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde; é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da saúde pública (Castellanos, 1998) e, por conseguinte, de promoção da saúde (Ibidem, 2002, p. 18).

Entendendo que o termo **qualidade de vida** tem sido usado em uma série de contextos, desde o ambiente até o sistema de cuidado em saúde, partiremos do princípio de que estamos lidando com um contexto mais amplo, onde a satisfação pessoal é apenas um componente da qualidade de vida. Pode-se entendê-lo aqui, como um sinônimo de modo de vida. Então, mais uma vez refere-se Buss (2000), quando cita estudos clássicos, tais como o “Black Report” inglês, além de outros estudos canadenses e europeus, que mostram relações entre saúde e qualidade/condições de vida. O autor enfatiza que em alguns países da América Latina, “a péssima distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambientes têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde” (Ibidem, 2000, p. 165).

Segundo Briceño-León (2000):

La definición de lo que sería bienestar depende, entonces, desde el punto de vista objetivo, de las condiciones históricas de cada sociedad; y desde el punto de vista subjetivo, de la manera como cada sociedad se imagina su propio bienestar em tanto meta a lograr [...] El bienestar es entonces el modo como cada sociedad establece sus ideales, y lo hace em la confrontación entre las aspiraciones que pretende alcanzar y los medios de los cuales dispone para hacerlo (BRICEÑO-LEÓN, 2000, p. 20).

A positividade da saúde requer a evolução social e histórica da sociedade, cuja ação sobre seus fatores determinantes pode fazer com que ela melhore ou se deteriore, num estado de permanente transformação. Então, pode-se afirmar que a saúde resulta de um...

[...] processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um ‘viver desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’, prazeroso, seja individual, seja coletivamente (MENDES, 1999, p. 237).

Articulando-se saúde e condições/qualidade de vida, vê-se claramente a influência de uma sobre a outra e, neste sentido, o desenvolvimento da promoção da saúde tem um papel fundamental, especialmente em países como o Brasil e outros da América Latina. Neles as condições de vida e de saúde da população são determinadas pela má distribuição de renda, pelo analfabetismo, pelo baixo grau de escolaridade e pelas péssimas condições de habitação e ambiente.

Nos últimos anos, aumentou a discussão teórico-conceitual no campo da Saúde Pública e da Epidemiologia, sobre a questão da “prevenção” (dos riscos), especialmente no que diz respeito aos aspectos sociais que interagem na situação de saúde das populações e indivíduos, os quais são vistos como “sujeitos” da saúde, deixando evidente que não basta prevenir doenças ou medicalizar as populações, é necessário assegurar qualidade de vida, para haver uma população efetivamente *sadia*, não competindo à medicina esta tarefa e sim ao Estado e à sociedade (LUZ, 2003).

A promoção da saúde é mais uma alternativa para atuar sobre os determinantes da situação da saúde, como estratégia para melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a saúde da população. Como mecanismos operacionais concretos para a implementação desta estratégia, as políticas públicas saudáveis envolvem o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública e o compromisso técnico de enfatizar os fatores determinantes do processo saúde-doença, como foco de intervenção.

À nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Neste marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis (BUSS, 2000, p. 174).

Para proporcionar saúde, o autor afirma que é preciso assegurar a qualidade de vida, ou seja, ampliar o padrão de bem-estar e. Nesse sentido, a intervenção sanitária refere-se aos aspectos subjetivos, relativos às representações sociais de saúde e doença, e não apenas à dimensão objetiva dos agravos.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer as representações sociais de acadêmicos dos cursos da área da saúde de uma universidade pública federal sobre Promoção da Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar as concepções de acadêmicos da área da saúde sobre Promoção da Saúde e as suas considerações a respeito das estratégias e ações para promovê-la;

Identificar as fontes de conhecimento dos acadêmicos da área da saúde acerca da Promoção da Saúde;

Relacionar as representações sociais e as concepções oriundas da formação acadêmica e

Descrever e analisar as representações sociais dos acadêmicos da área da saúde, à luz das Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área da Saúde e da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde.

4. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

4.1 A Teoria das Representações Sociais e a Saúde

Tomar como objeto de investigação as representações sociais sobre a promoção da saúde e as fontes deste conhecimento, implica na necessidade de adotar-se uma perspectiva psicossocial, já que as formas de pensar e as atitudes relacionadas resultam também de alguns aspectos subjetivos. Este capítulo tem como objetivo compreender a importância destes aspectos para a implementação de um novo modelo de atenção à saúde.

O termo “representação” refere-se à construção mental com relação a um objeto, tendo como função a organização e a estruturação do real. Trata-se de uma combinação de conhecimentos, atitudes, opiniões e expectativas relativas a este objeto (CIANFLONE e FIGUEIREDO, 1993).

Para Crepaldi (1999):

A noção de representação social é colocada na interface que existe entre o psicológico e o social. [...] uma representação deve ser abordada como produto e o processo de uma elaboração psicológica e social do real. Porém, os mecanismos postos em evidência situam-se em níveis diversos, que vão do individual ao coletivo [...] (Ibidem, 1999, p. 24).

O primeiro autor a propor a expressão “representação coletiva” foi Durkheim, referindo-se a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para ele, as representações faziam parte de uma classe muito genérica de fenômenos psíquicos e sociais, incluindo as ciências, a ideologia, o mito, entre outros, separados do aspecto social. Assim:

[...] um homem que não pensasse por meio de conceitos não seria um homem; pois não seria um ser social, reduzido apenas aos objetos da percepção individual, seria indistinto e animal... Pensar conceptualmente não é apenas isolar ou agrupar os caracteres comuns a um certo número de objetos; é subordinar o variável ao pensamento, o individual ao social (MOSCOVICI, 1978, p.42).

O autor, no interior da psicologia social, a partir da idéia de representação coletiva trabalhada por Durkheim, ainda refere:

As representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados. Sabemos que as representações sociais correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica (Ibidem, 1978, p.41).

Conhecer os mecanismos que atuam na construção de uma representação, pressupõe a compreensão de que estes mecanismos são resultado da interação de fatores culturais, psicológicos, econômicos e sociais em indivíduos ou grupos.

Em suma, observa-se que representar um objeto é, ao mesmo tempo, conferir-lhe o *status* de um *signo*, é conhecê-lo, tornando-o significante. De um modo particular, denominamo-lo e interiorizamo-lo, fazemo-lo nosso. É verdadeiramente um modo particular, porque culmina em que todas as coisas são representações de alguma coisa (Ibidem, 1978, p.63-64).

Os traços sociais e intelectuais de representações formadas em sociedades onde os conhecimentos técnico-científicos se fazem presentes são influenciados e acabam se tornando parte destas representações ou então, oposição a elas. As representações atuam através de observações e de linguagens das quais se apropriam, tirando conclusões que se imponham, ou seja, “[...] constituem uma organização psicológica, uma forma de conhecimento particular de nossa sociedade e irredutível a qualquer outra” (Ibidem, 1978, p. 45-46).

Este autor, considerado um dos “jovens mestres” da psicologia social, explica que o indivíduo carrega em sua memória uma coleção de imagens do mundo em seus diferentes aspectos, uma espécie de “sensação mental”, de impressão que os objetos e pessoas deixam em nosso cérebro.

Com efeito, as imagens, as opiniões, são comumente apresentadas, estudadas e pensadas tão somente na medida em que traduzem a posição e a escala de valores de um indivíduo ou de uma coletividade[...] Em contrapartida, as representações sociais são conjuntos dinâmicos, seu *status* é o de uma *produção* de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma *reprodução* desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior (Ibidem, 1978, p. 49-50).

Assim, comenta que todas as informações recebidas são submetidas a um trabalho de transformação, convertendo-se num conhecimento que as pessoas utilizam em seu cotidiano. Seu comportamento torna-se impregnado de significações, fazendo com que os conceitos ganhem formas simbólicas. Sobre estas formas, afirma:

[...] determinam o campo das comunicações possíveis, dos valores ou das idéias presentes nas visões compartilhadas pelos grupos, e regem, subseqüentemente, as condutas desejáveis ou admitidas. Por esses traços – sua especificidade e sua criatividade na vida coletiva -, as representações sociais diferem das noções sociológicas e psicológicas a que as comparamos, e dos fenômenos que lhes correspondem (Ibidem, 1978, p. 51).

Buscando compreender a construção do termo "Representações Sociais", Minayo, 1994 (*apud* CARDOSO e GOMES, 2000) menciona que podem ser conceituadas como categorias de pensamento, ação e sentimento que expressam dada realidade, na medida em que a explicam, justificam ou questionam.

As Representações Sociais, relacionadas à área da saúde, ocupam lugar de pouco destaque. Todavia, sob o olhar das ciências sociais, a produção de tal conhecimento só se concretiza como saber quando advinda da experiência prática da ação humana (Ibidem, 2000).

Uma sociedade organizada é composta de seres que têm intenções, escolhas, finalidades, desejo, sonhos e que também aprendem a conviver com o acaso, o cotidiano. Neste espectro, a saúde e a doença são percebidas como "objetos" esclarecedores de maneiras de pensar e conhecer a si próprio, aos outros e ao universo habitado. Assim, afirmam: "Se há algo acerca do qual cada um tem suas experiências e costumes, é o adoecimento, porque, mesmo quando se

estabelece de forma aguda e passageira, coloca para todos a inevitabilidade da morte" (Ibidem, 2000, p. 500).

Estudar as representações, relacionando-as ao processo saúde-doença possibilita, de acordo com Sawaia (1994), o conhecimento dos referenciais de ações individuais e coletivas, bem como da maneira como as pessoas se apropriam deste conhecimento, remodelando-o.

Dessa maneira, ao lidar com os acontecimentos da vida cotidiana, o que é estranho passa a ser familiar, ancorando o novo em categorias e conteúdos conhecidos. "As representações sociais em conjunção com o psíquico colocam questões básicas à concepção de práticas sanitárias, pois contém a marca da história social e da história pessoal do sujeito" (Ibidem, 1994, p. 107).

Analisando-se a relação entre um sujeito e a realidade social na qual está inserido, vê-se que este possui uma representação de determinado objeto que vai além da sua realidade atual para fundamentar-se em uma realidade histórica. A representação está fundamentada em suas vivências e experiências passadas, bem como nas experiências da sociedade da qual faz parte.

Não deve ser entendida, portanto, como verdade científica, mas como noção prática que nos permite aprender que a nossa realidade se constitui, a partir de informações do senso comum. As representações são transmitidas através das gerações e são compartilhadas socialmente. Assim, ainda que muitas vezes equivocadas, dizem respeito à história e a interpretação que o sujeito-social faz da cultura.

Crepaldi (1999), com base em Moscovici (1978), destaca três dimensões fundamentais que delimitam o conteúdo da representação e possibilita a compreensão de seu sentido:

- a informação, ou seja, de que forma o conhecimento sobre um objeto social é organizado por um indivíduo ou grupo;
- o campo de representação, que diz respeito à imagem do objeto representado;
- a atitude, orientação global da representação em relação ao objeto estudado.

A elaboração e o funcionamento das representações sociais estão relacionados com dois processos denominados **ancoragem** e **objetivação**. Através deles é possível demonstrar a interdependência entre atividade psicológica e condições sociais, bem como verificar de que maneira o social transforma um conhecimento em representação e como uma representação pode transformar o social. (JODELET, 1998).

A **objetivação** é o processo de transformação do abstrato em concreto; é um processo que dá forma ao conhecimento acerca do objeto, materializando-o em imagens. Dá contorno de realidade às idéias sobre o objeto representado, relacionando-o às palavras. A partir daí, fica mais fácil falar sobre o objeto. Possui três fases distintas:

- construção seletiva: apropriação pelo sujeito, de noções do objeto, como atributos dele próprio;
- esquematização estruturante: é dada certa autonomia às noções selecionadas que são então transformadas em outra concepção de acordo com suas idéias e valores;
- naturalização: integração das novas concepções, que se tornaram entidades objetivas, ao senso comum.

Objetivar é reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). É também transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo (MOSCOVICI, 1978, p. 111).

"A **ancoragem** consiste na integração cognitiva do objeto representado, sejam idéias, acontecimentos, pessoas, relações, etc a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas neste processo" (Jodelet *apud* MORÉ, 2001, p.08). Desta forma, representações já estruturadas podem servir de referência para outras, novas.

Na ancoragem, de acordo com a pertença dos grupos e seus valores, o mesmo objeto poderá ter diferentes significados dependendo do grupo em questão.

Cada ser humano, por mais diferente que seja, compartilha suas impressões acerca de um dado objeto com a sociedade a sua volta, havendo uma construção coletiva do real. A hegemonia de um pensamento tem grande valor neste processo. Portanto, o papel da universidade é fundamental na construção do conceito de promoção da saúde, pois ela ajudará a compor as representações dos futuros profissionais da área da saúde e que vão interferir nas práticas sanitárias de então.

Com base nestas considerações, a Teoria das Representações Sociais, como foi conceituada por Moscovici, pode ser adequada para nortear o desenvolvimento da pesquisa em questão. Ao se trabalhar com a busca das representações sociais na área da saúde, concentrada no ambiente universitário, é possível compreender como está a construção do conhecimento e das práticas de promoção da saúde no contexto da formação profissional.

5. O PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Características da Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa a respeito do conhecimento das representações sociais dos acadêmicos de alguns cursos da área da saúde de uma universidade pública sobre o termo “Promoção da Saúde”.

Bardin (1977), comenta que:

[...] na análise qualitativa, é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem, que é tomado em consideração (Ibidem, 1977, p. 21).

5.2 Sujeitos de Pesquisa

Matalon e Ghiglione (1993) referem quanto à amostragem nos inquiridos não estatísticos, que:

[...] é inútil inquirir um grande número de pessoas. A lentidão da análise torna difícil a exploração sistemática de um número importante de entrevistas. Aliás, a experiência mostra que, para temas habitualmente tratados através destes métodos, é raro vermos surgir novas informações após a vigésima ou trigésima entrevista (Ibidem, 1993, p. 60).

Considerando tais aspectos, o estudo teve como amostra os acadêmicos dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Nutrição e Farmácia, cujas atividades são desenvolvidas no local onde se concentram as Ciências da Saúde da universidade em questão.

A amostra foi composta por trinta (30) estudantes, sendo: seis (6) do curso de Odontologia, seis (6) do curso de Medicina, seis (6) do curso de Enfermagem, seis (6) do curso de Nutrição e seis (6) do curso de Farmácia. Considerou-se, no contexto da pesquisa, a totalidade representada pelos acadêmicos da última fase

dos cursos da área da saúde, acreditando que nesta etapa da aprendizagem as suas representações tenham se transformado em uma “realidade comum”, conforme Jodelet (1998), possibilitando assim, a compreensão.

A amostra foi constituída aleatoriamente, após exposição da pesquisa e seus objetivos aos estudantes. Estes foram encontrados através dos professores e orientadores de estágios, já que as atividades desenvolvidas nas últimas fases dos cursos dificultam a reunião em sala de aula. Alguns contatos foram feitos de maneira informal, no campus da universidade. Uma vez tendo havido estudantes interessados em participar, foi agendado um encontro posterior para a entrevista propriamente dita. Vale a pena salientar a importância de levar-se em conta as informações de qualquer um dos acadêmicos dessas turmas, pois todos têm condições de expressar suas concepções sobre a promoção da saúde.

Ainda de acordo com Matalon e Ghiglione (1993, p.32), “uma amostra é representativa, se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo tal, que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra”. Os autores confirmam o exposto acima, ao dizer que “uma amostragem aleatória, assegura por si só a representatividade” (Ibidem, 1993, p.37).

Alguns critérios de definição para a seleção dos acadêmicos a serem entrevistados foram considerados:

- estar devidamente matriculado na última fase do curso,
- tê-lo cursado, desde o início, nesta universidade,
- ter disponibilidade de tempo para a entrevista,
- encontrar-se em sala de aula nos momentos de exposição da pesquisa,
- ter interesse em participar da pesquisa e
- concordar em participar da pesquisa.

O Perfil dos Sujeitos de Pesquisa

Os dados obtidos revelam algumas características dos sujeitos da pesquisa. Têm em média vinte e quatro e meio (24,5) anos de idade, sessenta por cento

(60%) são do sexo masculino e quarenta por cento (40%) do sexo feminino, quarenta e três por cento (43%) realizam outra atividade além da graduação, através de bolsas de pesquisa ou participação em grupos de estudo e movimento estudantil; e cinquenta e sete por cento (57%) dedicam-se somente ao curso.

A maioria dos acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição demonstrou disponibilidade e acessibilidade ao encontro e pareceu preparada a se expressar sobre os temas relacionados à sua área. Nos cursos de Farmácia e Odontologia não houve muita facilidade para o agendamento das entrevistas. Uma vez tendo sido apresentado o projeto em sala de aula, foi necessário passar uma lista entre os estudantes para obter telefones de possíveis colaboradores. Houve pouco interesse em participar, embora todos os acadêmicos da amostra tenham se envolvido durante a entrevista propriamente dita.

5.3 Coleta e Registro dos Dados

Optou-se pela realização de entrevistas do tipo semi-estruturadas, em função das mesmas permitirem maior liberdade, tanto nas respostas quanto na condução das questões. De acordo com Matalon e Ghiglione (1993), nelas o entrevistador conhece os temas sobre os quais têm de obter reações por parte do entrevistado, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas a seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista. O roteiro utilizado para direcionar a entrevista está disponível em anexo (anexo 1).

Cada estudante, tendo concordado em participar da pesquisa, foi procurado no seu ambiente de estudo, a fim de programar o dia e horário da realização da entrevista. Estas foram, então, gravadas em áudio, uma vez consentido pelo entrevistado.

A adoção de entrevistas conversacionais possibilitou o estabelecimento da relação, num clima de confiança entre o pesquisador e o sujeito, gerando um diálogo mais fácil e enriquecedor.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e analisadas, com a anuência do entrevistado, e as observações anotadas em Diários de Campo. As transcrições obedeceram rigorosamente à forma pela qual o sujeito se expressava, incluindo eventuais erros, pausas e hesitações.

5.4 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada à luz das Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação na Área da Saúde e da Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, e sustentada pela Teoria das Representações Sociais.

A Teoria das Representações Sociais foi conceituada por Moscovici como “uma atividade de transformação de um saber, a ciência, em um outro saber, o senso comum, e vice-versa” (CREPALDI, 1999, p.26). A autora destaca que trata-se, portanto, de um "conhecimento socialmente elaborado e partilhado" (Jodelet, 1984 *apud* CREPALDI, 1999, p.24).

Para analisar os dados coletados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo - AC, feita a partir do material transcrito. A técnica de AC é orientada em função das relações que os elementos do texto mantêm entre si, a partir do aparecimento dos ordenadores e do estruturalismo (lingüística e sociologia), ou seja, faz-se a *análise das ocorrências* (procura-se extrair do texto relações entre elementos da mensagem e presença simultânea de dois ou mais elementos de uma mesma unidade de contexto) e, completando-se a *análise freqüencial simples* e a *análise das contingências* (BARDIN, 1977).

Após leituras persistentes das transcrições das entrevistas, partiu-se para a *análise categorial*, com a finalidade de dividir o texto em categorias. Ao chegar-se às categorias identificadas, foi realizada uma *análise temática*, que é a análise de afirmações acerca de determinado assunto. Então, identificaram-se alguns *temas-eixo*, em torno dos quais o discurso se organizou. Assim, foi definido um sistema de categorização apropriado à consecução dos objetivos propostos, composto por seis (6) categorias de análise. Estas categorias foram ainda divididas em subcategorias, a partir de *unidades de registro*, que podiam ser palavras, frases e/ou períodos, convenientes ao conteúdo verbalizado, e que se relacionavam com algum dos temas-eixo identificados.

Para facilitar a leitura da discussão da pesquisa, as subcategorias foram ressaltadas em negrito, acompanhadas por um S e o número de sua seqüência. Também aparecem assinalados os campos de ação para a promoção da saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, que em algumas situações foram sugeridos através das falas dos estudantes.

Os relatos dos estudantes também aparecem grifados em negrito, para melhor identificação do leitor. A fim de preservar a identidade dos entrevistados, suas falas foram ilustradas através de codinomes, cujas praias da Ilha de Santa Catarina serviram como inspiração.

As categorias e as subcategorias identificadas para análise estão ilustradas em um quadro que reúne todos os dados, tornando mais simples a visualização do sentido geral e completo do material empírico.

Quadro 1 - Categorias e Subcategorias de análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
DA PREVENÇÃO DE DOENÇAS AO ESTILO DE VIDA: CONCEPÇÕES SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE AO LONGO DA VIDA ACADÊMICA	S1 – Hábitos e estilo de vida saudável S2 – Bem-estar/Qualidade de Vida S3 – Prevenção de doenças
EDUCAR PARA PROMOVER A SAÚDE E OUTRAS ESTRATÉGIAS	S1 – Educação em saúde S2 – Participação comunitária S3 - Programas assistenciais/Campanhas S4 – Assistência médica garantida e qualificada S5 – Políticas Públicas
O COTIDIANO E OUTROS MOMENTOS ONDE A PROMOÇÃO DA SAÚDE ACONTECE	S1 – Escola S2 – “Locais onde as decisões são tomadas” S3 – Famílias/Comunidade S4 – Postos de saúde/ Hospitais/Consultório
O PROFISSIONAL DA SAÚDE COMO EDUCADOR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DIFERENTES ARTICULAÇÕES	S1 – Transmitir o conhecimento/Ensinar S2 – Estimular a informação S3 – Conscientizar a população
SUJEITOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	S1 – Profissional de saúde S2 – Ação comunitária S3 – Autoridade local
FONTES DE SABER E PRÁTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	S1 – Vida cotidiana/Família S2 – Universidade

5.5 Implicações Éticas

Por tratar-se de uma investigação científica que conta com indivíduos como sujeitos, algumas preocupações éticas foram consideradas. Polit e Hungler (1995) fundamentam-se em três princípios, no que tange à questão ética: “beneficência, respeito à dignidade humana e justiça”. A pesquisa considerou tais princípios, além dos seguintes aspectos:

- não causar dano ao sujeito, de modo a expor os participantes da pesquisa a experiências que resultem em qualquer tipo de dano, grave ou permanente;
- não coloca-lo em desvantagem, ou expô-lo a situações constrangedoras;
- dar-lhe o direito de decidir, voluntariamente, se quer ou não participar da pesquisa, sem que corra o risco de sujeitar-se a tratamento ou penalidade que o prejudique, descrevendo a natureza dos estudos, bem como o seu direito de recusar a participação, bem como as responsabilidades do pesquisador e os prováveis riscos e benefícios advindos;
- obter o Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes (anexo 2), o qual foi assinado após lido, compreendido e aprovado pelo entrevistado e cujas informações contidas foram relativas à pesquisa e o poder da livre escolha, possibilitando assim que os sujeitos possam tomar decisões quanto a sua participação ou não na pesquisa, através de informações adequadas sobre a mesma;
- garantir o sigilo das informações, que foram restritas ao trabalho em questão, assegurando que a pesquisa não seja mais invasiva do que o necessário, e que será mantida a privacidade do sujeito ao longo do estudo;
- anonimato, através de codinomes utilizados ao citar-se as falas dos entrevistados;
- garantir a segurança das declarações confidenciais na coleta e análise dos dados, mantendo informações em arquivo chaveado, ao qual só terão acesso o pesquisador e orientador;
- garantir a fidedignidade das informações, através da confirmação das informações colhidas nas observações e entrevistas;
- esclarecer que todos os sujeitos da pesquisa terão direito e acesso aos resultados da mesma.

**6. UMA APROXIMAÇÃO DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE
PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS
ESTUDANTES DA ÁREA**

Analisar os dados coletados durante a pesquisa permitiu perceber que as concepções dos entrevistados sobre promoção da saúde estão impregnadas por representações diferenciadas e até mesmo divergentes, porque se originaram de uma simbologia própria que cada indivíduo, de acordo com seu cotidiano, sua prática e suas relações, atribuiu a determinadas imagens. Fruto da realidade social que vivenciam como estudantes de uma universidade pública, tais representações são síntese da estruturação de um pensamento elaborado durante os anos que ali permanecem. Deste modo, acredita-se que:

Quando se avança [...] na direção das práticas, valores e representações de saúde da sociedade civil, isto é, dos indivíduos, grupos e coletividades que a compõem, tem-se que mencionar a multiplicidade e a diversidade de modelos, discursos, práticas e representações nela presentes, ligados a saberes tradicionais ou atuais, a sistemas médicos complexos [...] também a positividade da representação de saúde ganhou força nos últimos trinta anos, em face de uma visão até então dominante de saúde como normalidade/ausência de doença, ou capacidade/incapacidade de trabalhar ou de desempenhar atividades (LUZ, 2003, p.97-98).

A Teoria das Representações Sociais transformou-se em um importante instrumento da psicologia social para entender como os grupos sociais elaboram teorias sobre diversos objetos sociais, a partir de diversas fontes de informação. As representações sobre saúde que a autora se refere, influenciaram nas concepções dos acadêmicos sobre o objeto em questão, gerando discursos impregnados de outras representações, idéias que nos permitem conhecer um pouco do pensamento destes futuros profissionais da área da saúde.

Considerando estas questões, através do processo analítico dos dados, foi possível identificar seis (6) categorias de análise: Da Prevenção de Doenças a Qualidade de Vida: Concepções Sobre Promoção da Saúde ao Longo da Vida Acadêmica, Educar Para Promover a Saúde e Outras Estratégias, O Cotidiano e Outros Momentos Onde e Promoção da Saúde Acontece, O Profissional da Saúde como Educador na Promoção da Saúde: Diferentes Articulações, Sujeitos da Promoção da Saúde e Fontes de Saber e Prática de Promoção da Saúde. Estas categorias visam demonstrar de forma resumida as possíveis representações dos estudantes acerca da promoção da saúde e temas afins que surgiram no decorrer das conversas.

Quando se avança na direção das representações sociais de indivíduos que compõem determinada sociedade, deve-se ter em mente a diversidade de valores, modelos e práticas nela presentes. São conceitos ligados a saberes tradicionais ou atuais, originários de contextos culturais diferentes entre si e que contribuíram para elaborar idéias, neste caso, lapidadas ao longo da vivência acadêmica.

Neste capítulo interessa discutir, sobretudo, a referência aos valores culturais dominantes na comunidade universitária em questão, para refletir em que medida tais valores podem influir na vida profissional destes estudantes.

6.1 Da Prevenção de Doenças a Qualidade de Vida: Concepções Sobre Promoção de Saúde ao Longo da Vida Acadêmica

Ao investigar os discursos dos estudantes dos cursos de graduação nas áreas da saúde de uma universidade pública, ponderou-se que promoção da saúde é um termo que remete ao bem-estar individual, alcançado através dos **hábitos e estilo de vida saudável (S1)**, destacando-se a alimentação saudável, os hábitos de higiene, a prática de exercícios físicos e a saúde mental.

Esta concepção permeou a expressão de dezoito (18) acadêmicos entre as trinta (30) entrevistas analisadas:

“[...] estar buscando trazer o melhor para o indivíduo não só no cuidado biológico, mas também no psicológico” (Campeche, Enfermagem).

“[...] não é somente a ausência de doença, é você estar bem fisicamente, socialmente, sei lá, fazendo alguma coisa que te dê prazer, praticar esportes ou um trabalho[...].” (Canasvieiras, Farmácia).

As subcategorias revelam que a promoção da saúde estaria relacionada com uma mudança comportamental individual, adoção de um estilo de vida padronizado que resultaria em um modelo de saúde ideal. Este tipo de percepção pode estar apoiado na divulgação de padrões “naturais” de saudabilidade,

associada à beleza e ao culto ao corpo. Para Luz (2003), esse pensamento tende a valorizar um neonaturalismo ecológico como fonte de saúde, superando, de certa forma, a representação homem-máquina, hegemônica na cultura contemporânea.

No intuito de superar a visão que relacionava a promoção da saúde com correção de comportamentos individuais, concebidos como principais responsáveis pela saúde, na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa,1986) foram apresentados cinco campos de ação prioritários para a promoção da saúde, em sua Carta de Intenções: **(1) políticas públicas saudáveis, (2) ambientes favoráveis à saúde, (3) fortalecimento da ação comunitária, (4) desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e (5) reorientação dos serviços de saúde.**

De fato, o **desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais** apóia o desenvolvimento pessoal e social, através de ações educativas para a saúde, divulgação de informação e intensificação das habilidades pessoais.

Por outro lado, observou-se que a idéia de “culpabilizar” a sociedade pelos males que a afligem, discutida por Berlinguer (1991), se torna uma constante nesse tipo de pensamento, quando tomado de forma isolada. Assim, depende do indivíduo o alcance do “estado saudável”. É ele o responsável por não causar danos à sua saúde. Esta percepção perpassa a fala de alguns estudantes quando apontam que a promoção da saúde é:

“[...] uma motivação do paciente[...] tu deixar ele motivado a se autocuidar” (Praia da Joaquina, Odontologia).

“[...] a saúde para mim é bem-estar... alcançado através de uma vida que não te leve a doença[...]” (Praia da Solidão, Farmácia).

Também se observa a interpretação da saúde como equilíbrio e da doença como desequilíbrio. Nesta perspectiva, todo o excesso é “visto como risco à saúde porque desequilibra, e desequilíbrio gera adoecimento, isto é, a chegada da doença; uma representação autoculpabilizante dos ‘excessos’ no comer, no beber ou em outros hábitos, como origem do adoecimento” (LUZ, 2003, p. 103).

Outra questão evidenciada na última inferência está relacionada à preocupação com a **qualidade de vida (S2)**, entendida como **bem-estar** e “estilo de vida” individual. Em outros momentos, contudo, a qualidade de vida também é interpretada como “modo de vida” de uma sociedade, considerando a positividade da saúde. Nesta concepção a saúde é compreendida como um processo em permanente transformação, produzido social e historicamente e que depende da ação da sociedade sobre seus fatores determinantes (VERDI, 2002).

Quando entendemos, porém, que o estilo de vida individual é apenas um componente da qualidade de vida, do qual também fazem parte as condições de vida de uma população, então podemos compreendê-la como um sinônimo de modo de vida. Neste caso, a saúde deixa de ser um estado definido biologicamente para ser compreendido como um estado dinâmico, socialmente produzido (BUSS, 2000).

Desta maneira, a promoção da saúde também é interpretada pelos estudantes como uma alternativa para atuar sobre os determinantes da saúde; uma estratégia para interferir na qualidade de vida, melhorando assim a saúde da população, como demonstram as falas a seguir:

“[...] é promover o bem estar, a qualidade de vida da população, geral[...]” (Praia Mole, Odontologia).

“[...] são todas as ações que podem contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas, no sentido amplo de saúde também... não só saúde biológica, mas em todos os sentidos, o social, o psicológico[...]” (Praia da Armação, Enfermagem).

Outro fato que chama atenção é o de a perspectiva individual predominar nas considerações dos entrevistados. Sabe-se que as atividades de promoção da saúde, centradas no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida, nem sempre são suficientes, devendo também estar relacionadas ao ambiente e as condições de vida. Em algumas falas, porém, a preocupação com o coletivo é mencionada, no sentido de melhorar ambientes, saneamento básico, proporcionar lazer e educação. Este aspecto fica bem ilustrado nas seguintes afirmações:

“[...] buscar o bem estar do indivíduo dentro da sociedade[...] conseguir ver o ambiente onde a pessoa está inserida, conseguir ver o que se pode fazer por essa pessoa assim, ver o que se pode ‘promover’” (Praia da Daniela, Medicina).

“[...] ações que de alguma forma promovessem situações, ambientes de vida saudáveis. Eu acho que tudo aquilo que de alguma forma possa interferir no bem-estar da pessoa, assim como o bem-estar também físico, mas também de estar bem no ambiente de trabalho, no ambiente familiar, no ambiente da comunidade[...]” (Praia dos Ingleses, Medicina).

Estes estudantes parecem perceber que a intervenção sanitária deve ocorrer no contexto da população na qual se deseja atuar, embora o primeiro enfatize que há que se fazer por eles e não despertar a consciência de que eles mesmos devem ter iniciativa e mobilizar-se, exercendo sua autonomia.

Neste contexto, o “modo de vida” é entendido como determinante da saúde de uma sociedade, já que expressa o grau de desenvolvimento de sua cultura, sua história, sua organização política e social. Berlinguer (1996, p.116), conclui: “Hoje sabemos que para a justiça, além dos recursos pessoais, é necessária equidade social; e para a saúde, além do regime de vida, ambiente saudável”.

Promoção da saúde também é interpretada como **prevenção de doenças (S3):**

“[...] vem da parte assim de prevenção[...] mais a prevenção do que o tratamento, na saúde” (Sambaqui, Nutrição).

“Eu entendo promoção da saúde tanto no nível primário da prevenção quanto eu estar prestando assistência” (Praia da Armação, Enfermagem).

As afirmações, algumas vezes, remetem ao modelo flexneriano de atenção à saúde, levando em conta somente a ausência de doença, outras vezes, sugerem a

multicausalidade, considerando os determinantes de caráter individual, além do agente/hospedeiro:

“[...] tem agente, causa e consequência, agora as causas e consequências das diferentes doenças são... diferentes, você tem a pneumonia por um bicho, a diarreia por quinhentas outras coisas, existe causa e consequência sim, só que não ‘biologicisticamente’” falando[...] (Praia do Santinho, Medicina).

“[...] me remete ao entendimento da rede de causas das doenças em geral, morbidade, mortalidade também e a atuação em vários níveis pra se conter, se prevenir, se evitar essas doenças” (Matadeiro, Odontologia).

Em outros momentos ainda, elegem os determinantes sociais como causadores das doenças, como nos relatos a seguir:

“[...] tu só pensa em saúde porque tu tem que prevenir de alguma coisa, tu só pensa em saúde porque tu tem doença... imagina que as doenças não existissem no mundo, você não iria pensar em saúde, concorda comigo? [...] quando eu falo doença eu falo em doença social, em doenças[...] comunidades, familiares, pessoais, biológicas[...]” (Praia do Santinho, Medicina).

Fica evidente que a promoção da saúde é interpretada como prevenção de doenças, enfocando aspectos que evocam a melhora das condições psicofísicas dos indivíduos que vivem em grupos ou comunidades.

Em alguns momentos, são referidas as causas sociais dos agravos, quando se menciona a “doença social”, além dos “bichos” e “outras coisas” que causam as doenças, sugerindo um entendimento mais abrangente sobre o processo.

A “miscelânea” de opiniões no que se refere à promoção da saúde e à prevenção de doenças, talvez aconteça em função da mais reconhecida formulação teórica do conceito de promoção da saúde e que ainda hoje se faz presente na atividade acadêmica. Trata-se do modelo da História Natural da Doença, concebido por Leavell e Clark (1976), que possibilita pensar a “prevenção da

ocorrência” e a “prevenção da evolução” das doenças. Os autores apresentam cinco níveis de prevenção para a formulação de ações de saúde: promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação. Na prevenção da ocorrência, a promoção da saúde é destacada como medida inespecífica e a proteção da saúde, como medida específica (PAIM, 2003). Neste caso, a promoção da saúde também é interpretada como ações de saúde que se propõem a evitar o surgimento das doenças e a melhorar as condições dos indivíduos através da difusão do conhecimento, da alimentação adequada, moradia adequada, lazer, condições de trabalho adequadas, entre outros. Contudo, neste cenário, o foco de atenção da promoção da saúde é o indivíduo, raramente envolvendo a família ou os grupos sociais.

Ainda nesta lógica, o acadêmico do curso de Medicina, relata a seguir sua impressão, sugerindo que a promoção da saúde não deve ser dissociada das ações preventivas ou curativas:

“[...] eu não consigo pensar a promoção da saúde sozinha, é como imaginar um carro com três rodas: pensa em uma roda, se não tiver o resto do carro, não adianta[...] é um dos três eixos fundamentais dentro do pensamento da saúde, que a gente não pode ver dissociado da prevenção e muito menos da proteção ou da reabilitação[...]” (Praia do Santinho, Medicina).

Nesta perspectiva, pode-se considerar a proposta de Mendes (1999), ao afirmar que não há razão para a separação entre ações curativas e preventivas já que o ambiente pode ter importante papel na cura, os serviços de saúde podem ter importante papel na prevenção e estes últimos ainda são os responsáveis por uma espécie de sentimento de confiança da população. Com este discurso, o autor lembra a vigilância da saúde como modelo de prática sanitária, ancorada no paradigma da produção social da saúde, que articula as dimensões individuais e coletivas em diferentes estratégias de intervenção: a promoção da saúde, a prevenção e a atenção curativa. Ao contrário do paradigma flexneriano (fundamentado na ausência de doença, ser humano máquina, biologicismo e total individualismo e cuja prática sanitária é a atenção médica), neste a saúde é vista em sua positividade, como um processo que pode melhorar ou não, conforme a ação da sociedade sobre os seus fatores determinantes. A saúde é então, resultado

de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população.

Em algumas falas, nota-se a confusão entre promoção da saúde e prevenção de doenças, quando a primeira é entendida como uma forma de tratamento e de recuperação da saúde (novamente sugerindo os níveis de prevenção de Leavell e Clark), cabendo ao profissional da saúde tratar a doença para impedir seu avanço ou diminuir o dano, conforme se observa nas expressões:

“É a prevenção e também a recuperação né, pra trazer de volta a saúde de quem já[...] não tem ela muito perfeita” (Praia do Forte, Nutrição).

“... ajudando as pessoas a entenderem melhor o processo das patologias que eles podem vir a ter e tal, ou se prevenir ou lidar melhor com as doenças que eles já têm” (Jurerê, Medicina).

Esta última opinião tende, mais uma vez, ao enfoque comportamental e à responsabilidade individual, quando alega “se prevenir” ou aprender sobre sua doença para “lidar melhor” com ela.

Ao considerar as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde na análise das representações dos estudantes, nota-se que o próprio documento confunde os termos. As propostas, cuja normatização está sendo adaptada à realidade da universidade na elaboração dos novos currículos, contemplam atitudes profissionais que concordam com poucos aspectos da Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde. O documento propõe que o profissional médico reconheça a saúde como direito e atue na sua promoção e na prevenção de doenças, bem como no tratamento e reabilitação dos problemas de saúde.

De qualquer maneira, sempre que a prevenção de doenças é vinculada à modificação dos comportamentos, o resultado tem grandes possibilidades de ser positivo, seja em função da melhora da saúde das pessoas ou pela redução dos gastos médicos. De acordo com Berlinguer (1996), isto pode ser exemplificado com o efeito da redução do tabagismo e as vantagens a quem deixa de fumar (a

menos que entre em depressão). Algumas vezes, porém, quando as doenças são pluricausais, agir contra o “inimigo” deixa de ser conveniente. Assim, os maiores resultados vêm da transformação das infra-estruturas, ou seja, mudanças ambientais.

Como se observou, a responsabilidade individual é importante. Contudo, soma-se a ela uma idéia mais ampla fundamentada na intersectorialidade e na responsabilidade social.

[...]enquanto a prevenção é entendida usualmente pela saúde pública como instrumento para evitar a ocorrência de um problema específico, a promoção da saúde é definida mais amplamente, pois não está dirigida para uma dada doença ou agravo, mas serve para incrementar a saúde e o bem-estar (PAIM, 2003, p. 169).

Com esta lógica, mencionou-se alguns comentários, como:

“[...] na promoção da saúde teu foco é mais a saúde, eu acho que na verdade tem a ver (com doença), só que na promoção da saúde tu vai enfocar mais a saúde” (Praia da Joaquina, Odontologia).

Portanto, a principal diferença entre promoção de saúde e prevenção de doenças parece advir dos projetos e práticas de implementação de uma e de outra e neste sentido, os estudantes expõem algumas ações/estratégias para a promoção da saúde, que se ajustam as ações determinadas pela Carta de Ottawa, conforme discutiremos a seguir.

6.2. Educar para Promover a Saúde e Outras Estratégias

Aqui, mais uma vez a mudança de comportamento e a busca de um estilo de vida saudável se fazem presentes, enfatizando a responsabilidade individual pelo estado de saúde ideal. Parece haver uma obsessão pela longevidade, definida pela busca ativa de aspectos saudáveis como alimentar-se bem, fazer exercícios, e evitar condutas que prejudiquem a saúde, como fumar, beber ou usar drogas. Para

os estudantes, algumas “estratégias/ações” de promoção da saúde são necessárias para incentivar hábitos saudáveis, como:

“Pode ser palestra, pode ser aula, pode ser... uma coisa pública sei lá, uma coisa que ensine, que leve as pessoas a fazer alguma coisa menos prejudicial à sua saúde. Por exemplo: alguma coisa incentivando o exercício físico ou alguma coisa incentivando a alimentação saudável” (Praia do Forte, Nutrição).

No registro acima, novamente, é ostentada a prevenção das doenças, prevalecendo a perspectiva individual, desta vez, porém, como uma estratégia para se promover a saúde. Luz (2003), explica que esta concepção, talvez, seja composta devido ao enfoque preventivista dos “estilos de vida”, embora nas últimas décadas tenha ganhado uma nuance higienista e capitalista. Assim, ter saúde passou a ser sinônimo de “vitalidade”, “viver bem”, aumentar a longevidade com qualidade de vida, através de hábitos saudáveis e sentimentos positivos.

Evidenciou-se, ainda, nesta afirmação, referência a uma ação que deve acontecer sob a supervisão de organizações educacionais ou serviços de saúde, no intuito de capacitar as pessoas para enfrentar doenças, ou seja, relacionada a perspectiva dos campos de ação para a promoção da saúde que sugerem a **reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública e o desenvolvimento de habilidades pessoais.**

A responsabilidade do profissional da saúde com o propósito de capacitar o paciente para lidar com sua saúde é sugerida através da subcategoria **Educação em Saúde (S1)**, onde o profissional e o indivíduo ou comunidade estão envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Nesta subcategoria, observou-se comentários, como:

“[...] promover saúde não é só a gente estar clinicando[...] envolve mais a parte educativa e preventiva [...] além da curativa” (Ponta das Canas, Odontologia).

“[...] não só prevenir, eu acho que também a parte de educar as pessoas que já então doentes de repente, pra evitar algumas coisas. Então, a pessoa está com Diabetes, fazer um grupo de diabéticos, fazer uma palestra, alguma coisa pra ela se cuidar[...]” (Morro das Pedras, Enfermagem).

A educação em saúde é uma constante, especialmente nos discursos dos estudantes de Enfermagem. Aparece em muitas falas através de expressões como “passar conhecimento”, “ensinar”, sugerindo uma prática com ênfase no educador – no caso o profissional da saúde – que ao interagir com o paciente deve “transmitir” o seu saber, repassando a responsabilidade de cuidar-se para este outro:

“Através de[...] uma consulta, na medida em que eu passo informações, que eu faço a pessoa pensar, que eu levo em consideração a cultura que ela pertence, como é que ela vive, como ela percebe as coisas e a partir disso eu passo as informações pra ela[...]” (Pântano do Sul, Enfermagem).

“[...] o principal é a educação em saúde, tu ensinar a pessoa. Não só tu fazer, tu ensinar a ela como fazer, mostrar a importância daquilo, como foi feito, pra ela conseguir entender a importância do processo e conseguir visualizar o resultado[...]” (Lagoa do Peri, Enfermagem).

Alguns acadêmicos, contudo, relacionam as diferenças individuais e das comunidades, a cultura e a renda ao se implementar ações de promoção da saúde. Neste sentido, é importante mencionar Berlinguer (1993), quando resgata uma das citações do documento da OMS sobre promoção da saúde, que afirma:

Os recursos, entre eles a informação, podem não ser acessíveis às pessoas de forma conveniente às suas expectativas, opiniões, preferências ou capacidades. Isto pode aumentar as desigualdades sociais. Se a informação e o conhecimento aumentam, enquanto permanecem estacionados o controle ou a perspectiva de mudança, isso pode gerar somente ansiedade ou sensação de privação (WHO apud BERLINGUER, 1993, p. 155).

As desigualdades em saúde acontecem mesmo em países com melhores níveis de progresso sanitário, especialmente, nos momentos de crise. A renda e a profissão são fatores que influenciam neste fato. Porém, soma-se a estes, outras diferenças como crenças, hábitos e comportamentos. Um exemplo importante é a obesidade ou o abuso de álcool, que já não são agravos comuns às classes pobres e que podem estar relacionados também com o estresse gerado por pertencer a esta condição social. Assim, não parece eficaz a grande quantidade de conselhos e informações ofertadas, sem conhecerem-se as reais possibilidades da sua aplicação na prática, já que, deste modo, podem gerar situações de impotência e estresse:

Mais positiva é a exigência de estimular a informação sobre a saúde desde a escola, onde o tema pode ser relacionado com o desenvolvimento da consciência científica e civil dos jovens; que depois aprendem juntos – com educadores, médicos e cidadãos – a ler e interpretar a multiplicidade de mensagens diretas e indiretas referentes à saúde, que chegam numerosas através do cinema, da televisão, dos jornais e da publicidade (Ibidem, 1993, p. 156).

Visando estabelecer parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas para promover a saúde, além da cooperação intersetorial, faz-se necessário a participação da população e isso requer apoio de estratégias educativas. Promoção de saúde e educação para a saúde estão entrelaçadas: “A promoção da saúde só se concretiza em estilos de vida e políticas públicas saudáveis se ações educativas ocorrerem simultaneamente, viabilizando a participação do indivíduo, grupos, enfim, da sociedade como um todo” (PEREIRA et al, 2000, p. 43).

Vale salientar a concepção de alguns acadêmicos sobre educar, voltada para um processo positivo que, embora supervalorize a responsabilidade sobre a saúde pessoal, também considera a saúde da família e da comunidade. Esta maneira de entender a educação propõe a superação do caráter autoritário, reconhecendo a importância da participação popular e o direito de conduzir seu próprio destino em relação à saúde. O processo educativo aparece nas afirmações de alguns estudantes, direcionado à população de forma participativa, atendendo à perspectiva da promoção da saúde:

“Acho que tem uma parte que tem que partir da comunidade, que é reunir, fazer grupos, eles também tem que estar informados[...].” (Barra da Lagoa, Odontologia).

“[...] são todas as ações de contribuição para que a pessoa amplie a sua visão de como cuidar da sua saúde[...] dar autonomia para essa pessoa interferir no seu meio para que ela possa buscar qualidade de vida” (Praia da Armação, Enfermagem).

Nesta maneira de entender a promoção da saúde, ela passa a ser um processo social, no qual a população deve ser capaz de promover saúde, conservando seu bem-estar e para tanto, a educação é fundamental.

Fica claro que a informação, a educação, a comunicação interpessoal e a comunicação de massas através da mídia, são de fato ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e comunidades e que:

[...] uma vez que a participação ativa e permanente da população é central no conceito e na prática de promoção da saúde, torna-se imprescindível a provisão de informações para o exercício da cidadania, assim como a iniciativa do poder público nos campos da educação e da comunicação em saúde” (BUSS, 1999, p.180).

Todavia, a preocupação em instrumentalizar os indivíduos e grupos no sentido de fortalecer a comunidade, através do controle dos seus esforços, da auto-ajuda, do apoio social e da participação popular na direção dos assuntos relativos à saúde, aparece em poucos discursos. A subcategoria, intitulada **participação comunitária (S2)**, parece representar para os estudantes uma ação de promoção da saúde na busca da cidadania através da informação e do apoio governamental. Fica ilustrada em algumas opiniões, como:

“[...] primeiro fazer um levantamento, na comunidade[...] pra ver coisas que a gente pode fazer pra educação, e através disso, ações de educação em saúde[...].” (Sambaqui, Nutrição).

“[...] tem a ver com conscientização[...] a comunidade tem que observar: ‘pô, ta faltando saneamento, coleta de lixo[...]’ se mobilizar então, para conseguir essas coisas. Ai vem as ações, que devem partir deles” (Ilha do Campeche, Medicina).

Nestas falas, a articulação de saberes técnicos e populares é entendida como essencial para o enfrentamento dos problemas de saúde e seus determinantes, sugerindo uma proposta da promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, que se intitula **fortalecimento da ação comunitária (empowerment)**.

A fim de reforçar a participação popular, a Carta refere o desenvolvimento das comunidades com base nos recursos humanos e materiais nelas existentes, intensificando a auto-ajuda e o apoio social. Para isso, torna-se necessário o contínuo acesso à informação, além de apoio financeiro adequado. Este tipo de estratégia proporciona o envolvimento da população no processo de escolha do que lhe fará sentir-se saudável ou não, integrando poderes públicos, comunidade e entidades sociais. As pessoas tornam-se sujeitos atuantes ao assumirem suas responsabilidades como cidadãs, participando das decisões que dizem respeito à qualidade de suas vidas e não somente legitimando propostas elaboradas de cima para baixo. O *empowerment* supõe:

[...] a possibilidade de disponibilizar informações técnicas para utilização pela população nas suas lutas reivindicatórias e na determinação de necessidades específicas e hierarquização dos problemas prioritários, bem como na tomada de decisões sobre as alternativas para enfrentá-las (FERREIRA e BUSS, 2002, p. 24).

Ainda de acordo com as propostas da Carta, novamente o campo de ação **reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública** se faz presente nas entrevistas, embora seguindo o modelo campanhista e dos programas assistenciais. A subcategoria **programas assistenciais/campanhas (S3)** inclui algumas considerações neste sentido:

“[...] os postos de saúde poderiam se mobilizar mais, subir os morros[...] também fazer palestras pra comunidade[...] as pessoas ficarem nos bancos das praças e tirarem a pressão... Através de informação ou através, como o governo está fazendo, de ‘bolsa alimentação’, ‘bolsa escola’[...]” (Lagoinha do Leste, Nutrição).

“[...] são os programas em contato com a comunidade pra promover a saúde no sentido de informá-los a respeito das doenças, informá-los de se prevenir ou como cuidar das doenças que eles já têm[...]” (Jurerê, Medicina).

“Esses programas do Ministério da Saúde, programa do diabético, do hipertenso, acho que não só como sendo da doença em si, mas como sendo um grupo forte pra poder ver o que pode fazer pra sua comunidade[...]” (Praia da Daniela, Medicina).

É importante observar que a educação sanitária não acontece apenas através de conferências, folhetos e slides, mas também através de outras ações como o engajamento comunitário e as respostas das autoridades locais frente às necessidades de saúde da população. Esta percepção, entretanto, raramente faz parte das inferências.

Por outro lado, as subcategorias revelam uma interpretação onde a promoção da saúde é responsabilidade do serviço de saúde, que deve oferecer **assistência à saúde garantida e qualificada (S4)**. Esta associação pode resultar do convívio dos acadêmicos com o usuário do sistema de saúde, tanto em hospitais quando em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Durante os estágios obrigatórios dos cursos das áreas da saúde é possível a aproximação com a população, possibilitando a captação das dificuldades do sistema de saúde.

As observações dos estudantes propiciam a idéia de assistência qualificada como sinônimo de qualidade de vida, mais uma vez sugerindo a **reorientação dos serviços de saúde e da saúde pública**. Os comentários que seguem reafirmam este aspecto:

“Promoção da saúde é uma melhora ao atendimento dos pacientes em busca de uma qualidade de vida melhor, assim[...] não só nas instalações, mas o atendimento com agilidade de consultas para que os pacientes não fiquem em filas de espera” (Moçambique, Enfermagem).

É provável que as dificuldades existentes nos serviços públicos de saúde sejam demonstradas nas afirmações dos acadêmicos, porque no dia a dia dentro das UBS e dos hospitais as filas, a dificuldade de agendamento de consultas e as consultas rápidas e superficiais são problemas constantemente sentidos, discutidos e trabalhados pelo próprio grupo universitário. Tal situação pode ser observada na afirmação da estudante de Farmácia:

“Acesso fácil ao SUS que muitas vezes não é verdade... é difícil conseguir consulta... tem gente que marca consulta com tal especialidade e só tem um medico no SUS e pra daqui ha um ano[...] às vezes a pessoa nem olha pra tua cara, o medico nem examina, já passa a receita!” (Canasvieiras, Farmácia).

Encontra-se ainda, em algumas considerações dos entrevistados, o reconhecimento da complexidade da sociedade, assim como as relações de interdependência que a compõem, oferecendo condições para o desenvolvimento de **ambientes favoráveis à saúde**. Esta questão é resgatada em alguns discursos, principalmente no sentido de melhora de condições de vida, trabalho, lazer, saneamento e trabalho. Algumas vezes, são consideradas também a participação comunitária e as políticas públicas saudáveis como ações necessárias para assegurar esses determinantes das condições de saúde.

Na fala a seguir, um acadêmico da Medicina sintetiza claramente esta questão, reproduzindo a sub-categoria **políticas públicas (S5)**, cuja elaboração e implementação também fazem parte dos campos de ação para a promoção da saúde:

“[...] se tu vai pensar numa promoção da saúde global, tu vai pegar[...] o recorte de um país, aí você tem desde política de estado, política econômica, distribuição de renda, distribuição de terra e por aí vai[...] Se você for diminuindo até digamos uma esfera municipal, aí você tem as coisas mais concretas que talvez o município não consiga fazer[...] você poderia estar pensando em saneamento básico, em controle de epidemias, em vacinações[...]” (Praia do Santinho, Medicina).

A partir da percepção deste estudante, evidencia-se que inúmeros fatores vão além da esfera do pessoal/individual para alcançar o social/coletivo e, portanto, a esfera do Estado e da organização da sociedade. Nesta lógica, que considera a equidade social, os estudantes a seguir ainda deixam subentendido que os mecanismos operacionais concretos para a implementação da promoção da saúde são algumas políticas públicas. A saúde é apreciada na sua totalidade, incorporando na formulação destas políticas, conhecimentos sobre outros setores:

“[...] se a gente entende saúde como algo mais do que necessariamente as doenças ditas orgânicas, físicas, como também as doenças da mente ou[...] o fato de a gente ser feliz, de a gente ter emprego, poder ter uma família, poder viver num ambiente que é saudável[...]” (Praia dos Ingleses, Medicina).

“[...] tem a ver com políticas e com mudanças de comportamento em nível individual, isso também não dá pra negar que existe uma certa complementaridade entre o enfoque individual e o enfoque mais sistêmico, mais[...] geral, é[...]coletivo” (Matadeiro, Odontologia).

“[...] fazer com que todo um sistema funcione em busca de melhorar as condições gerais, condições de vida, educação, informação é[...] o próprio saneamento, melhorar geral” (Barra da Lagoa, Odontologia).

Conforme já foi mencionado em capítulos anteriores, além das atividades dirigidas à mudança de comportamento, com base em hábitos de vida, atualmente,

o que caracteriza a promoção da saúde é a questão do papel dos determinantes gerais sobre as condições de saúde. Para tanto, consideram-se fatores relacionados à qualidade de vida como condições de habitação, saneamento, trabalho e renda, oportunidades de educação, que terminam por interferir também nestes estilos de vida individuais.

Como se vê, alguns entrevistados compreendem as ações de promoção de saúde num sentido mais amplo, que envolve o ambiente físico, social, político e econômico, além da ação dos indivíduos e comunidades. Evidencia-se, nas suas falas, a importância de considerar os fatores determinantes da saúde e não apenas as causas das doenças. Considera-se, portanto, a ação sobre os fatores sócio-econômicos, a participação social no processo de tomada de decisões, além da reorientação dos serviços de saúde. Estas ações para se promover a saúde, além de alguns dos campos prioritários discutidos na Carta de Ottawa, fizeram parte das concepções da maioria dos estudantes.

Com relação às Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, há poucas referências a algumas ações fundamentais para se promover saúde, segundo a Carta de Ottawa. Dentre elas, o documento propõe que a formação do profissional seja voltada para a sua politização, preparando-o para atuar junto à comunidade frente às necessidades sociais. As Diretrizes limitam as ações de promoção da saúde ao âmbito individual, ampliando-as às necessidades sociais em raros momentos.

6.3. O Cotidiano e outros Momentos onde a Promoção da Saúde Acontece

Com relação aos momentos onde podem acontecer ações de promoção de saúde, deparou-se com uma impressão quase unânime de que “sempre” é tempo de se promover saúde. Os estudantes parecem convictos de que a saúde dos indivíduos e populações está, de alguma maneira, ligada a sua vida cotidiana e que é nos espaços onde ela acontece que a saúde pública deve intervir a fim de promovê-la:

“Eu acho que em todo o lugar, começa a partir da tua casa, com as pessoas que tu mora tu já pode estar promovendo saúde!” (Rio Vermelho, Nutrição).

A **escola (S1)**, como espaço onde acontecem ações de promoção de saúde, também é lembrada pelos acadêmicos do curso de Odontologia, embora as ações sejam interpretadas como aplicação de flúor, educação em saúde e outras atividades afins:

“[...] na realidade a promoção da saúde teria que acontecer todos os dias no consultório, mas agora a gente está fazendo nas escolas e na pediatria” (Ponta das Canas, Odontologia).

Desde a antiga Roma, educar em saúde, no sentido de praticar a higiene, era uma forma de provocar mudanças nos comportamentos das pessoas, evitando o aparecimento de doenças. No século XVIII, a educação/informação em saúde foi abordada como forma de mudar a realidade social, um raciocínio que, posteriormente, passou a ser objeto de estudos.

Da Ros (2000), cita Marx ao afirmar que “as condições materiais de existência determinam a consciência, e não o seu contrário, ou seja, não seria a educação que modificaria a realidade social, mas esta, modificada, determinaria uma nova educação”. (Ibidem, 2000, p.132-133).

O autor acima refere-se ao termo “Educação Sanitária”, como um “Estilo de Pensamento” que, no início do século XX, passou a ser um dos conteúdos da “Saúde Pública”. O modelo inicial deste estilo de pensamento estava relacionado ao impressionismo e constrangimento, diante de cenas chocantes que assustavam o público, induzindo, assim, à mudança de comportamento. No entanto, até hoje se observa que as “campanhas” destinadas à educação e promoção de saúde, em palestras, distribuição de folhetos ilustrativos e demais propagandas, carregam a origem da prática de “educação sanitária” relacionando-a com situações aterrorizantes, ou seja, “educar” pelo medo.

Por outro lado, “Educar em Saúde”, para o autor, tem outro sentido, em função de diferentes concepções de mundo e de saúde. O termo aplica-se à área de “Saúde Coletiva” e tem a ver com as práticas sociais, incluindo práticas

diversificadas do interior do setor saúde. Neste sentido, este entrevistado se pronunciou:

“[...] dentro de uma escola promover saúde significa oferecer um ambiente que não ofereça riscos potenciais de danos físicos para as crianças, por exemplo, os professores estão engajados com um currículo dinâmico[...] que tenha atividades extra-curriculares, que o envolvimento da escola com a comunidade seja maior[...]” (Matadeiro, Odontologia).

Outra questão que merece destaque é a mobilização da comunidade e a ação do poder público, quando os “locais onde as decisões são tomadas” (S2) são mencionados como um momento onde deve acontecer a promoção da saúde:

“Como muitas dessas ações de promoção da saúde são ações coletivas, então eu acho que são os locais onde as decisões coletivas são tomadas[...] a assembléia legislativa, os movimentos populares, as associações de moradores, as associações de profissionais de saúde, de outros profissionais. Onde tem esse tipo de poder” (Praia dos Ingleses, Medicina).

Dessa maneira, vê-se que alguns dos estudantes entendem que as ações de promoção da saúde concretizam-se nos espaços sociais reais em que vivem as pessoas, onde o enfoque de cenários, ambientes ou territórios concretos também tem se mostrado útil para descrevê-las. Para Ferreira e Buss (2002), os espaços das cidades e das comunidades em geral, dos ambientes de trabalhos e das escolas são aqueles que com mais frequência têm sido utilizados para o desenvolvimento destas ações.

Os dizeres demonstram ainda uma percepção relacionada com a necessidade de abordar as pessoas nos ambientes onde vivem – **famílias/comunidade (S3)**, além das instituições de saúde – **postos de saúde/hospitais/consultórios (S4)**. De acordo com Ferreira e Buss (2002):

[...] a situação de saúde está estreitamente vinculada com a vida cotidiana de indivíduos e populações. A vida cotidiana é o espaço onde se manifestam os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde, é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da Saúde Pública e, por conseguinte, de Promoção da Saúde (Ibidem, 2002, p. 18).

Nesta perspectiva, os acadêmicos comentam:

“Eu acho que pode acontecer em todos os lugares, dentro do hospital, dentro das próprias casas das pessoas[...]” (Sambaqui, Nutrição).

“[...] fora do consultório[...] na comunidade. Não dá pra fazer no individual, tem que ser com mais pessoas, grupos[...] é mais fácil” (Praia da Joaquina, Odontologia).

“[...] no posto de saúde, no hospital[...] nas visitas domiciliares que a gente faz também se promove saúde[...]” (Lagoinha do Leste, Enfermagem).

Os pronunciamentos relativos à questão dos espaços onde se concretizam ações de promoção da saúde se referem, em sua maioria, a locais concretos, como estabelecimentos de saúde ou espaços comunitários. O ator que encaminha estas ações, normalmente, é o profissional da saúde. Em alguns momentos também é mencionado o “poder” de autoridades locais que atuam sobre os problemas da localidade em questão. Esta questão levou à outra discussão pertinente, sobre o papel do profissional de saúde na promoção da saúde.

6.4. O Profissional da Saúde como Educador na Promoção da Saúde: Diferentes Articulações

O conceito e a prática de promoção da saúde, conforme já discutido, em alguns momentos da análise das entrevistas, confundem-se com “educação em saúde”. Da mesma forma, para os estudantes, o papel do profissional de saúde passa pela função de educador.

De acordo com as falas, o profissional de saúde quando assume o papel de educador desenvolve com o paciente/educando relações que são vistas de diferentes formas. Por um lado o educador desempenha a tarefa de “encher” os educandos com os conteúdos que domina, conduzindo-os à memorização mecânica. Esta visão foi bem caracterizada por Paulo Freire (1970), quando revelou que na *visão bancária* da educação o saber é interpretado como “uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância [...] segundo a qual esta se encontra sempre no outro” (Ibidem, 1970, p. 58).

Este entendimento perpassa a maioria das falas dos acadêmicos, salientando a responsabilidade do profissional para com a população. É ele que “detém o saber” e dessa maneira, tem a função de **transmitir (S1)** o conhecimento de forma a **ensinar** o paciente. Assim, se o educador é o que sabe, se os educandos são os que nada sabem, cabe ao primeiro dar, levar, transmitir o seu saber aos outros, anulando a sua criticidade e criatividade. Algumas falas dos acadêmicos reforçam estas afirmações:

“[...] explicando pro paciente[...] educando, falando[...] vendo o conhecimento que esta pessoa tem[...]” (Campeche, Enfermagem).

“[...] ele tem o papel de orientador, porque seria como se ele fosse a pessoa capacitada, tivesse o conhecimento prévio pra passar para as outras pessoas” (Jurerê, Medicina).

Nestas e em outras referências, em nenhum momento a educação é ostentada de forma participativa, estimulando uma aprendizagem coletiva, assim como também não é mencionada a participação de indivíduos, grupos, da sociedade.

Alguns entrevistados referem a importância de **estimular a informação (S2)** sobre a saúde, que poderia estar relacionada com o desenvolvimento da consciência crítica dos indivíduos, conforme já comentado anteriormente. Porém, permanece a interpretação dos educandos como seres “vazios”, que necessitam da informação, do saber, para evitar as doenças:

“[...] tu estar passando a informação correta[...] levar em consideração contexto, mas estar atuando de uma forma adequada, com conhecimento científico, com fundamentação, em todos esses lugares[...]” (Rio Vermelho, Enfermagem).

“[...]a gente tem que fazer o lado educativo: informar o que deve ser feito pra poder evitar que ocorra a doença, não só clinicar pra poder tratar[...]” (Ponta das Canas, Odontologia).

Em alguns momentos, contudo, os estudantes citam o envolvimento da comunidade no processo de educar, onde caberia ao profissional da saúde a “liderança”. Dentro desta lógica, alguns estudantes mencionam a necessidade de **conscientizar a população (S3)**, ação que também aparece como função do profissional da saúde. De certa forma, esta idéia exprime o **reforço da ação comunitária**, onde se desenvolve o *empowerment*, sugerindo a iniciativa de disponibilizar informações técnicas para utilização da população (FERREIRA e BUSS, 2002). É o que veremos nas falas a seguir:

“[...] tem o papel de coordenar as ações, porque como ele (profissional da saúde) é uma pessoa que tem conhecimentos científicos acerca das doenças, ele pode encontrar os pontos chaves e tentar coordenar atividades pra trabalhar encima disso” (Madadeiro, Odontologia).

“[...] um facilitador pra que as pessoas entendam o que é promoção da saúde[...] se mobilizem pela sua própria saúde[...]” (Armação, Enfermagem).

“Na conscientização das pessoas, não tomando a frente nas ações, mas fazendo as pessoas entenderem que... elas é que tem que mudar as coisas[...] não é só dentro do hospital, é lá na comunidade, conscientizando[...]” (Ilha do Campeche, Medicina).

Expressões como “facilitador” e “conscientizar” sugerem uma interpretação em que o verticalismo da visão bancária da educação é substituído por uma adesão à troca de conhecimentos, característica da educação *problematizadora*, onde “[...] o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo [...]” (FREIRE, 1970, p. 68). Esta forma de educar está fundamentada na criatividade e estimula a reflexão e a ação dos indivíduos sobre a realidade, na busca da libertação e da transformação de seus conceitos.

O estudante, a seguir, ainda menciona a equipe de saúde, atuando interdisciplinarmente, quer seja na unidade de saúde ou na comunidade, “para promover a saúde”:

“[...] pelo que a gente pode ver no posto de saúde, (promoção da saúde é...) uma equipe multidisciplinar visando[...] a promoção da saúde!” (Sambaqui, Nutrição).

Ao fazer referência à “equipe multidisciplinar” da unidade de saúde, o acadêmico resgata o perfil que se pretende da saúde pública, onde diversas categorias profissionais se complementam, trocando experiências e práticas e onde não é mais o médico o centro do processo.

Finalmente, o que se observa também é a preocupação de alguns estudantes com a formação deste profissional que vai atuar na promoção da saúde, quando afirmam que o profissional da saúde deve...

“[...] se envolver na sua própria politização[...] para estar se envolvendo com outras atividades que não necessariamente atividades assistenciais” (Praia dos Ingleses, Medicina).

“[...] compreender o contexto da realidade e ter criatividade o suficiente para intervir” (Praia do Santinho, Medicina).

Ao que tudo indica, o profissional da saúde que se deseja não deve estar voltado apenas para uma prática competente, mas também para o exercício da cidadania, através da crítica as políticas nacionais de saúde, tendo “criatividade para intervir”. Vê-se que a filosofia de alguns acadêmicos vem se orientando no sentido de não só desenvolver conhecimentos científicos, mas também para uma atitude crítica, politizada e competente.

Entretanto, ao se contemplar as Novas Diretrizes Curriculares, observa-se que o documento sugere dotar o profissional de habilidade para promover estilos de vida saudáveis, atuando como agente de transformação social. Especificamente na Enfermagem, adverte que o profissional seja capaz de promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades dos clientes/pacientes e comunidade e atuando como agente de transformação social. No curso de Odontologia, recomenda que o profissional trabalhe em equipes multidisciplinares e atue como agente de promoção de saúde. Assim, também ao abordar-se o papel do profissional da saúde, fica evidente a compreensão de promoção da saúde voltada aos aspectos individuais do ser humano, em raros momentos considerando as necessidades sociais.

6.5. Sujeitos da Promoção da Saúde

Quando, em 1945, a expressão promoção da saúde foi utilizada pela primeira vez pelo historiador médico Henry Sigerist, uma ação integrada entre estadistas e líderes de trabalho, da indústria, da educação e dos médicos foi defendida, considerando que “a saúde se promove quando se facilita um nível de

vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, descanso e recreação”. Era tarefa da medicina a promoção da saúde, bem como a prevenção de doenças, o restabelecimento do doente e a reabilitação. Os médicos deveriam, portanto, desempenhar o papel social de proteger as pessoas e guiá-las para uma vida mais saudável (FERRAZ, 1998, p. 51).

Da mesma forma, a concepção de promoção da saúde proposta por Lalonde (1974), estava claramente fundamentada nas mudanças de estilos de vida e comportamentos. Entretanto, possibilitou a ampliação da concepção do termo ao incorporar, através da Carta de Ottawa (1986), a importância das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. A partir de então, passa a ser considerado o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, apontando inúmeros fatores, diretamente relacionados à qualidade de vida individual e coletiva (BUSS, 2000).

Uma das características das concepções dos acadêmicos sobre a promoção da saúde é o enfoque comportamental. Neste, os aspectos educativos referentes a fatores de risco associado ao comportamento individual são priorizados e as ações de saúde visam à transformação de hábitos e estilos de vida, considerando ainda o ambiente familiar e o contexto cultural. Assim, o **profissional da saúde (S1)** desempenha um papel fundamental como educador. Esta tendência é exemplificada quando os estudantes sugerem que quem faz promoção da saúde...

“[...] são os profissionais da área, as pessoas habilitadas pra falar de saúde, que tem já um certo conhecimento, que passaram por um processo de aprendizado nessa área” (Barra da Lagoa, Odontologia).

“[...] é a equipe de saúde em geral, não só o enfermeiro, não só o médico[...] os atendentes, todo mundo que atende diretamente o paciente/cliente” (Moçambique, Enfermagem).

“[...] são todos os profissionais da saúde[...] quem vai elaborar, quem vai fazer, geralmente são profissionais voltados pra isso[...] o enfermeiro, o psicólogo, o nutricionista[...]” (Rio Vermelho, Enfermagem).

Nestas expressões, fica implícito que os serviços de saúde e profissionais devem converter-se em agentes de promoção da saúde, com a missão de fortalecer potencialidades dos indivíduos para o auto-cuidado. Esta “missão” se apresenta mais forte nos cursos de medicina e enfermagem, talvez por serem estes os profissionais que realizam a “consulta”, onde a orientação faz parte do “plano de cuidados” para o paciente.

Entretanto, outros fatores também são lembrados por alguns estudantes como a **ação comunitária (S2)**. Tal questão aproxima-se da afirmação de Buss (1999) quando refere que os profissionais de saúde, as organizações populares e os movimentos sociais, além de políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas ostentam sobre a situação de saúde e as condições de vida das populações.

Na Conferência de Santa Fé de Bogotá (1992), onde foi discutido o tema “Promoção de Saúde e a Equidade”, a proposta de conciliação dos interesses econômicos com os propósitos sociais de bem-estar para todos, enfatiza a solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento das populações. A saúde é vista, então, como direito humano fundamental e essencial ao desenvolvimento econômico e social. Sendo assim, faz-se necessária a participação, por meio da educação, informação e direito de voz das pessoas e comunidades, para que a promoção da saúde de fato aconteça.

Nesta lógica, os profissionais de saúde e outros atores sociais como lideranças comunitárias e conselheiros de saúde atuarão no sentido de implementar as medidas governamentais e comunitárias contidas nos cinco campos de ação para a promoção da saúde, como expresso nas falas a seguir:

“[...] o profissional da saúde, seja médico, enfermeiro ou da farmácia pode dar o gatilho, pode tentar orientar de alguma maneira, mas quem sabe realmente o que está acontecendo é o pessoal da comunidade[...] que tem que aprender a andar com suas próprias pernas” (Praia da Daniela, Medicina).

“[...] você não consegue promover saúde sem ter uma adesão de quem você está promovendo, então[...] (o profissional da saúde) não seria esclarecedor, seria um facilitador sabe, pra que as pessoas entendam o que é promoção da saúde” (Praia da Armação, Enfermagem).

“[...] todo mundo faz: o engenheiro faz promoção da saúde, o político faz, a comunidade toda faz[...]” (Ilha do Campeche, Medicina).

Assim, a saúde como produto social, resulta de uma ação de governo sob a liderança de uma **autoridade local (S3)** que conduz a produção da saúde na cidade ou localidade e onde o profissional da saúde tem a função de mobilizar a comunidade.

A idéia da promoção da saúde sustentada no fortalecimento das ações comunitárias traz como fatores importantes a incorporação da população em todas as decisões políticas e a condução destas decisões pelas autoridades locais. Portanto, além da própria comunidade organizada e do profissional da saúde capacitado, para alguns estudantes dos cursos de Medicina e Odontologia, quem faz promoção da saúde...

“[...] é quem tem condições de dar bem-estar... um prefeito que planeja ações que de alguma forma possam promover saúde[...]” (Praia dos Ingleses, Medicina).

“[...] são os professores, são os profissionais da saúde, são os políticos[...] os administradores públicos[...] todas as pessoas fazem, a própria população também promove saúde” (Matadeiro, Odontologia).

“Tem que ser política de estado[...] passando por uma política ministerial[...] e restringindo, você tem até a relação médico-paciente, onde o cara tem que saber compreender, identificar, intervir da melhor maneira possível” (Praia do Santinho, Medicina).

De maneira geral, apesar da ênfase no profissional de saúde, os acadêmicos destacam a importância de todos os atores envolvidos na estratégia, de acordo com a Carta de Ottawa.

Finalmente, após este passeio pelas possíveis representações sociais dos estudantes acerca da promoção da saúde, houve a necessidade de compreender como estas considerações foram construídas ao longo da vivência dos futuros profissionais de saúde.

6.6. Fontes de Saber e Prática de Promoção da Saúde

O processo de construção das representações sociais sobre promoção da saúde, sem dúvida, se desenvolve em diferentes espaços e momentos da vida dos sujeitos, envolvendo saberes e práticas que se ancoram contínua e mutuamente. Como fontes de saber e prática de promoção da saúde, os acadêmicos apontaram a **vida cotidiana e a família (S1)** e a **universidade (S2)**. A primeira sub-categoria evidencia-se em manifestações que indicam a família e as vivências do dia-a-dia como base para a concepção acerca de promoção da saúde:

“[...] vem do que eu aprendi com a minha família, com meus pais[...] eu acho que vem das minhas vivências[...]” (Lagoa do Peri, Enfermagem).

“[...] em casa a gente vai absorvendo conhecimento[...] é uma mistura depois, com a universidade[...]” (Praia da Joaquina, Odontologia).

“[...] muito tu traz das tuas crenças de fora e vai adaptando e moldando de acordo com o que tu vai aprendendo na faculdade” (Coqueiros, Enfermagem).

Os acontecimentos da vida cotidiana tornam familiar tudo aquilo que antes parecia estranho. Ao lidar com concepções sobre a saúde não acontece diferente, além disso, estas idéias estão impregnadas da história social dos atores envolvidos. Swaia (1994), referindo-se a este aspecto, refere que:

Para se promover saúde não basta ensinar novos conhecimentos e padrões, é preciso compreender os motivos e emoções que medeiam tais conhecimentos e práticas desvelando a base afetivo-volitiva do agir e pensar. Em outras palavras, a consciência e as ações não são apenas cognitivas ou sociais, elas têm carga afetivo-simbólica. (Ibidem, 1994, p. 109).

Identificar as representações sociais dos estudantes, relacionadas à promoção da saúde torna possível perceber que este saber foi construído a partir de fatores culturais, adquiridos ao longo das experiências no grupo familiar, acrescida do conhecimento científico, proporcionado pela graduação. Somente mais adiante, tudo que lhe foi apresentado, suas vivências anteriores, a culturalidade, seus próprios sentimentos, suas impressões enquanto aprendiz e, finalmente, o impacto diante da realidade da profissão, vão repercutir na composição do novo profissional.

De acordo com Sawaia (1994), o estudo das representações sociais na área da saúde coletiva, vem sendo utilizado para compreender as construções dos indivíduos com relação à saúde/doença, bem como para compreender os modelos sociais de saúde/doença, reconstituindo a lógica pela qual as representações foram produzidas e socializadas. Pode-se, desta maneira, compreender inclusive os antecedentes dos modelos atuais. Então, à medida que o homem torna-se capaz de entender os limites da vida em relação à enfermidade e à própria morte, através da evolução das ciências médicas, as preocupações com o processo saúde-doença ampliam-se na busca de novos "antídotos". Outras visões de mundo também podem estar livres do progresso científico, das questões culturais, espirituais e sociais, entretanto, também são capazes de interferir nas representações sociais acerca de tal processo.

O contingente de estudantes, cujas experiências cotidianas fazem parte da formulação de suas impressões, entretanto, não se compara à frequência dos registros onde a universidade é considerada como elemento fundamental para a elaboração de tais pensamentos. Este destaque aparece não só quando se referem às aulas propriamente ditas, mas a todas as vivências que os anos acadêmicos proporcionam, entre elas: estágios curriculares, estágios extracurriculares, bolsas de estudo, participação do grupo de estudos em saúde coletiva, convivência com professores do Departamento de Saúde Pública e participação no movimento estudantil.

Os comentários que seguem destacam este aspecto:

“[...] o estágio de saúde pública foi o que mais desenvolveu essa parte de promoção da saúde” (Coqueiros, Enfermagem).

“[...] eu tenho freqüentado muito os departamentos, conhecido muitas pessoas do departamento de saúde pública[...].” (Matadeiro, Odontologia).

“Com certeza, o movimento estudantil me influenciou muito[...] analisar as coisas, pensar, ser um pouco mais crítico” (Praia do Santinho, Medicina).

“[...] a universidade em si, não necessariamente o curso, proporcionou uma identificação com outras pessoas[...] a gente acaba se envolvendo, tendo um currículo paralelo ao oficial” (Praia dos Ingleses, Medicina).

“Com o curso, basicamente, mas também com a bolsa de extensão, os trabalhos extracurriculares[...].” (Armação, Enfermagem).

A realidade, construída a partir de informações do senso comum, “ancorada” à idéias, acontecimentos e relações de um sistema de pensamento social já existente, serve como referência para os acadêmicos mais adiante, no âmbito universitário, onde adquire um novo significado.

Dessa maneira, os sujeitos sociais em suas profissões, podem ter representações diversas, da síntese entre o científico e o senso comum. A influência dos sistemas formadores está implícita nestas visões e, neste sentido, Rodrigues (1999) afirma:

As profissões existem em função do ser humano e, mais genericamente, da sociedade, que estabelece parâmetros de exigências para cada uma delas, em termos de praticidade, de objetividade e até de eficiência, os quais devem ser considerados pelos sistemas formadores, a fim de que procurem formar profissionais aptos a se desenvolverem com eficiência, de forma a justificar a utilidade e existência da profissão (Ibidem, 1996, p.20).

Por outro lado, percebe-se, através das entrevistas, que os bons momentos proporcionados pela academia não são suficientes para garantir a satisfação dos estudantes. Deste modo, as bases de sustentação da formação dos futuros profissionais parecem não corresponder às expectativas, especialmente, no que se refere à superação do modelo de atenção centrado na doença e na cura, dominante na cultura contemporânea. As afirmações, nem sempre isentas de indignação, ilustram este fato:

“[...] É bem enfocada na faculdade a parte clínica, que é mais curativa[...].” (Ponta das Canas, Odontologia).

“[...] agora, se você colocar doença como uma maneira de pensar é[...] da nossa vã Medicina, que vê a doença como uma causa específica e com um monte de pequenos fatores[...].” (Praia do Santinho, Medicina).

O modelo flexneriano ainda é determinante na formação dos profissionais de saúde. Esta concepção influencia o processo de formação profissional

acadêmica em todos os cursos da área da saúde da universidade, impedindo que o perfil do profissional formado se transforme.

A mudança que se deseja requer a possibilidade de construir práticas sociais, contando com a ação de novos sujeitos em saúde. Os atores deste processo devem revelar-se nas atividades de ensino-aprendizagem, nas práticas sanitárias, no envolvimento da população, e em tudo que leve ao desenvolvimento da cidadania.

Assim, nos processos de mudança, a adoção de concepções pedagógicas críticas, reflexivas e metodológicas torna imprescindível a participação ativa dos estudantes, criando a possibilidade de interdisciplinaridade, especialmente, quando estes são inseridos em novos e diferentes cenários.

A universidade, todavia, nem sempre atende as expectativas dos formandos sobre os novos conceitos da saúde coletiva, onde a promoção da saúde tem uma importância singular por representar, atualmente, uma das suas bases fundamentais. Sobre o conceito de promoção da saúde e sua origem, o estudante de odontologia esclarece:

“[...] não é algo que fica muito explícito a partir do curso de Odontologia, mas como eu tenho um certo interesse, então eu já li alguma coisa a respeito e acho que dá pra ter uma concepção conceitual mais ampla[...]” (Matadeiro, Odontologia).

Nota-se que a formação profissional, apesar das mudanças conceituais na área da saúde pública na tentativa de adequar a formação profissional à realidade da população e dos serviços, em vários momentos, permanece embasada nos paradigmas da educação tradicional, com bases no modelo “médico hegemônico” ou “hospitalocêntrico”. A predominância de tal modelo propicia um sistema de aprendizagem centrado na concepção biológica da doença, onde os fundamentos das ciências sociais e da saúde pública são deixados à margem e onde a expansão do ensino clínico estimula a especialização médica.

Estas considerações são resgatadas por Machado (1995), quando afirma, referindo-se à qualidade dos estágios nos serviços de saúde:

Ainda que seja comum o reconhecimento de que o ensino médico se dá, preferencialmente, nos serviços de saúde e que nenhum profissional de saúde aprende seu ofício apenas nas salas de aula, com lápis e cadernos, sendo necessário aprender a exercer a profissão dentro da sociedade, com os problemas e dilemas que ela oferece [...] a rede prestadora de serviços de saúde é mera coadjuvante na formação, limitando-se a absorver acriticamente estagiários que tanto podem ser vistos como estorvos como meros auxiliares no processo de sua demanda (Ibidem, 1995, p. 125).

Apesar destas tendências, os próprios acadêmicos mostram-se conscientes e preocupados, particularmente, nos cursos de Medicina e Odontologia, não por acaso, onde se encontram os estudantes mais insatisfeitos com as práticas de ensino e o modelo de atenção à saúde vigente. Tanto que, no âmbito da universidade, formam-se grupos de estudo, cujos temas discutidos vão além dos conteúdos curriculares e onde os indivíduos participantes ostentam uma inquietação própria de quem está buscando mudança. Afinal, sempre existirão movimentos contra-hegemônicos no intuito de mudar as tendências, tanto na atenção a saúde quanto na formação profissional.

**7. CONSIDERAÇÕES ACERCA DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
ESTUDANTES**

As representações sociais dos estudantes sobre a promoção da saúde e sobre o próprio conceito de saúde são produto de um conhecimento adquirido na vida cotidiana, acrescidas do conhecimento científico. Tais considerações tornaram possíveis algumas reflexões sobre o processo de construção deste saber.

Ao considerar a formação de futuros profissionais como compromisso fundamental da universidade, é preocupante direcionar o olhar, especificamente, para o profissional da área da saúde. Apesar das tentativas de mudar o modelo hegemônico, a fim de compreender a saúde em um contexto ampliado, as tendências na formação acadêmica, ainda hoje, refletem influências do Relatório Flexner (1910). A centralidade da figura do professor, a atenção médica individualizada, a aprendizagem dentro do ambiente hospitalar e a pequena ênfase nos aspectos da prevenção de doenças e da promoção da saúde são características marcantes.

Através do estudo, foi possível perceber que muitas representações, derivadas dos valores dominantes da civilização, como o individualismo e o culto ao corpo, interferem nas percepções dos estudantes da área relacionadas ao termo promoção da saúde. As idéias são pautadas em um modelo em que a saúde é “produto” da eficiência da prática médica, a qual está voltada aos aspectos individuais do ser humano, visando alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que permeia o conceito de saúde atual.

A história, a organização política, econômica e cultural de uma sociedade resultam em transformações na concepção de saúde então existente e, conseqüentemente, na evolução para diferentes modelos assistenciais. No caso do Brasil, o que se percebe, a partir da organização do SUS, é uma maior responsabilização com a saúde, através de um vínculo mais efetivo com a comunidade. As novas idéias e possibilidades de atuação, na busca da concretização dos seus princípios e diretrizes básicas, evidenciam algumas mudanças nas concepções dos acadêmicos, especialmente nos cursos de Enfermagem e Medicina.

As experiências em estágios nas Unidades de Básicas de Saúde (UBS) e Programas de Saúde da Família (PSF) proporcionam experiências na assistência continuada à comunidade, que possibilitam o acompanhamento integral à saúde em nível individual, familiar e coletivo. A prática curativa, centralizada na intervenção terapêutica, com enfoque predominantemente biológico, compartilha

espaço com a prevenção da ocorrência da doença. Conseqüentemente, a formação profissional começa a ir além da visão estrita de tratar da doença, buscando antecipar-se a sua emergência com foco na atenção preventiva, porém, ainda centrada no objeto doença. Assim, percebe-se timidamente a introdução da idéia de se integrar também as necessidades de saúde das comunidades.

Para Mendes (1999, p. 235):

A concepção de processo saúde-doença tem evoluído, consideravelmente, de maior vinculação com as doenças e a morte, isto é, aproximações negativas, até concepções mais veiculadas a qualidade de vida de uma população, um ponto de encontro, um produto social, ou seja, uma aproximação positiva.

Portanto, as representações dos estudantes estão impregnadas dos diferentes modelos conceituais que percorreram a história da saúde no século XX, entre eles: o **higienismo**, o **preventivismo** e a **promoção da saúde**. Pode-se dizer que tais construções teóricas atravessaram culturalmente as práticas e as concepções dos acadêmicos entrevistados.

Analisando-se o conjunto das representações sociais dos estudantes, foi possível perceber que diferentes elementos compõem, pelo menos, dois tipos de representações sociais sobre o modelo promoção da saúde: a ***promoção da saúde como educação para a saúde na busca de estilos de vida saudáveis*** e a ***promoção da saúde como ação ampliada considerando a qualidade de vida e a participação social***.

Para compreender a influência dos modelos nestas representações, torna-se necessário um breve resgate histórico dos modelos de saúde, cujas características são reconhecidas nas diferentes representações dos estudantes.

O **higienismo** manifesta-se no século XIX, em meio a idéias e práticas acerca da transmissão de doenças infecciosas, sua origem e formas de transmissão. Foi gerado a partir de três tendências teóricas: a teoria *miasmática*, o *contagionismo estrito* e o *contagionismo limitado ou contingente* (VERDI, 2002).

A primeira explicava o surgimento das doenças infecciosas e dos surtos epidêmicos a partir das emanações causadas pelas condições sanitárias precárias. No contagionismo estrito, “defendia-se a tese de que eram os germes específicos as únicas causas das infecções ou doenças epidêmicas, ou seja, para cada doença,

um agente etiológico específico” (Ibidem, 2002, p. 147-148). A terceira posição é uma conciliação entre as duas primeiras. Admitia que as doenças infecciosas eram causadas por agentes contagiantes de natureza específica ou inespecífica, mas que agiriam conjuntamente com outros elementos como o estado da atmosfera e do solo e as condições sociais.

A concepção higienista foi a base teórica de sustentação dos projetos de reforma urbana e sanitária de várias cidades como Paris, na metade do século XIX e a cidade do Rio de Janeiro, então capital federal, no início do século XX. Nesta última, através das políticas de controle sanitário empreendidas sobre os “cortiços”, os higienistas, sob o comando de Oswaldo Cruz, buscavam controlar epidemias como a febre amarela, a peste bubônica, a varíola e a tuberculose.

Entretanto, é importante ressaltar que a política sanitária estava a serviço do grande projeto de modernização da capital brasileira, o qual empreendeu todos os esforços para transformar a imagem de cidade “pestilenta” em cidade moderna. Assim, a operação sanitária para erradicar do centro da cidade as doenças epidêmicas, também promoveu uma verdadeira limpeza, higienização social, deslocando deste espaço privilegiado a população pobre, considerada perigosa.

A partir da segunda metade da década de 60, a atenção médica individual, de base hospitalar e privada, passa a ser prioridade do Estado. As inovações científicas e tecnológicas geram mudanças profundas na prática e no saber médicos, levando à expansão das especialidades. Os profissionais sanitaristas dão lugar ao médico especialista.

Acontece, então, “a substituição da Higiene e as respostas aos custos da Atenção Médica, através de um discurso que instaura uma atitude essencialmente normativa e que, rompendo com as barreiras geográficas da sua origem, ganha uma dimensão continental” (AROUCA, 2003, p. 109).

A **medicina preventiva** pode ser entendida como uma leitura liberal dos problemas de saúde da sociedade norte-americana, transferida para os demais países sob a sua influência. Diante da prática médica então vigente, com excesso de especialização e tecnificação, enfoque biologicista e individualista e inadequação dos profissionais às necessidades da população, o preventivismo busca reorientar esta prática através de uma nova atitude.

O mecanismo pelo qual opera o conceito de medicina preventiva é o do *reducionismo*, na medida em que se liberta da noção unicausal para prender-se nas

redes da causalidade. “Ao negar as diferentes formas de causação e suas relações múltiplas, a Medicina Preventiva transforma a Multicausalidade em uma nova forma de monismo causal, ou seja, aquele das redes de causalidade” (Ibidem, 2003, p. 171).

Assim, estão as noções de processo saúde-doença, causalidade, história natural das doenças, de um lado, e a integração, a resistência, o contato e a mudança, de outro, ensejando novas questões para investigação e novos desafios para a prática. O homem com saúde, na História Natural, encontra-se no período pré-patogênico, sempre ameaçado de tornar-se doente, quando deixa de ser sadio. Por outro lado, a Medicina Preventiva...

[...]aceita que saúde e doença são estados idênticos, que se diferenciam na quantidade. Nessa linha, propõe a determinação de parâmetros para diferenciar os estados normais dos patológicos (Ibidem, 2003, p. 162).

O social participa desse modelo envolvendo todo o processo, através do contexto econômico e cultural, porém, não aparece como um mecanismo explicativo, é simplesmente referido como um envoltório do modelo. O processo de trabalho permaneceu centrado no médico e a assistência continuou utilizando-se das tecnologias, como uma prática complementar à medicina flexneriana.

Estas concepções estão presentes em algumas manifestações dos estudantes da saúde, quando mencionam o saneamento básico como medida de prevenção de doenças e referem as “campanhas de saúde” como ações de responsabilidade do profissional da área para com a “comunidade de risco”. Ao compararmos estas expressões com o discurso do higienismo, então, a população que outrora era “pestilenta e perigosa”, agora é considerada “de risco”, necessitando adequar-se aos padrões de normalidade, onde não representará ameaça.

Fala-se em “bem-estar” como um estado alcançado através de uma vida regrada “que não leve à doença”, como se “ter saúde” ou “conservar a saúde” fosse o grande objetivo. Para alcançá-lo o indivíduo deve munir-se dos saberes dos profissionais da área da saúde e, com base nestes saberes, evitar expor-se aos riscos ou então, evitar causá-los às demais pessoas do seu convívio.

Outra maneira mencionada para alcançar o “estado de saúde” depende dos profissionais como “promotores”, com base na ação preventiva. Assim, as “campanhas” de combate às doenças, através da vacinação, dos slides informativos, grupos ou palestras, são citadas como ações para se promover a saúde. A promoção da saúde, neste contexto, é entendida como *educação para a saúde na busca de estilos de vida saudáveis*.

Este estilo de pensamento tem a ver com a mudança comportamental individual, onde a adoção de um estilo de vida padronizado implica em um modelo de saúde ideal e a idéia de responsabilizar ou até “culpabilizar” o indivíduo pelos males que o afligem torna-se uma constante. A promoção da saúde é interpretada, equivocadamente, como prevenção de doenças, abordando aspectos que propõem a melhoria das condições psicofísicas dos indivíduos que vivem em grupo ou comunidades, porém, num formato reducionista, centrado nas figuras do profissional da saúde e do indivíduo. A relação médico-paciente tem o propósito de manter o equilíbrio diante da possibilidade da doença. Estas concepções traduzem os modelos higienista e preventivista, cujos traços permeiam culturalmente as práticas e as representações dos acadêmicos entrevistados.

Nesta perspectiva, a educação em saúde, como ação para promover a saúde, aparece de forma incessante, especialmente, nas referências dos estudantes de Enfermagem. Muitas expressões sugerem uma prática com ênfase no educador (profissional de saúde), aquele que “detém” o conhecimento e que o “deposita” sobre o educando (paciente). A participação do indivíduo no processo de construção do conhecimento, sua interação com realidades sociais e culturais diferentes e sua autonomia para intervir sobre elas, em raros momentos, são aspectos considerados. Porém, quando acontece, o profissional da saúde merece destaque no seu papel de mediador do processo de conscientização, possibilitando a emancipação social.

A concepção dos estudantes, além de ser uma versão mais desenvolvida do higienismo, também revela traços do preventivismo. Considera o modelo teórico da História Natural das Doenças, elaborado por Leavell & Clark, onde a causalidade simples é substituída pela visão de multicausalidade, relacionando fatores que atuam na gênese e no processo evolutivo das doenças. Este aspecto evidencia-se à medida que os estudantes mencionam seus conhecimentos

científicos como norteadores do que é bom ou ruim para a saúde de cada um, responsabilizando o indivíduo por cada aspecto de sua vida. Para efetivar esta função das profissões da saúde, sugerem as ações educativas como essenciais na promoção da saúde.

Atualmente, fez-se necessário refletir sobre um modelo explicativo e terapêutico que situe o indivíduo diante da doença como sujeito, lidando não somente com os resultados das suas escolhas individuais, mas também com sua vontade política, como um personagem coletivo que interage com realidades sociais e culturais e que tem autonomia para intervir.

A **promoção da saúde** eleva-se no momento em que se acentuam aspectos sociais que favorecem ou não a saúde dos indivíduos e das populações. Ao contrário dos modelos anteriores, os indivíduos passam a ser considerados sujeitos e a qualidade de vida é incorporada ao discurso. A fim de alcançá-la, algumas questões são essenciais, como as condições de vida, de trabalho e de lazer.

A Carta de Ottawa define promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” WHO, 1986 (*apud* BUSS, 1998, p.167). O documento também questiona o enfoque de educação para a saúde tradicional, onde a população desempenha um papel de receptor passivo nos programas desenvolvidos por profissionais da saúde (PEREIRA et al, 2000).

A interpretação de *promoção da saúde como ação ampliada considerando a qualidade de vida e a participação social*, envolve uma pequena parte do grupo de participantes da pesquisa, entre eles alguns estudantes que participam do movimento estudantil ou que possuem um interesse pessoal pela área da saúde coletiva. Destaca-se a consciência de que as ações de saúde pública não devem ser reduzidas ao aspecto individual e centradas no profissional médico, necessitando uma atuação multidisciplinar e com preocupação voltada a instrumentalizar as comunidades, no sentido de fortalecê-las. Nesta lógica, alguns estudantes da Enfermagem e da Medicina mencionam a importância da participação comunitária e da reorientação dos serviços de saúde.

Para este pequeno grupo de estudantes, ter saúde é “estar empregado” ou ainda “sentir-se feliz no ambiente de trabalho”. Denota um sentido de qualidade às atividades cotidianas, condizente com a idéia de promoção da saúde preconizada

na Carta de Ottawa. Desta maneira, evidencia-se o entendimento de promoção da saúde como uma possibilidade de intervenção sobre a realidade e às necessidades sociais de saúde da população, levando em conta a sua qualidade de vida.

A maioria dos estudantes deste grupo entende que as ações de promoção da saúde concretizam-se nos espaços reais em que vivem as pessoas, como cidades, comunidades em geral, ambientes de trabalho e escolas. Alguns acadêmicos dos cursos de Odontologia e Medicina acreditam que os mecanismos operacionais concretos para a implementação da promoção da saúde são as políticas públicas.

As impressões deixadas pela vivência acadêmica ainda salientam determinadas deficiências observadas, durante os estágios na rede básica de saúde local, com relação à assistência, à dificuldade de acesso e ao modelo biologicista e “medicocêntrico” hegemônico. As influências deste modelo também são vivenciadas nos bancos universitários, onde a doença e a cura são o alvo dos debates na maioria das disciplinas e onde o profissional médico exerce papel de destaque e supremacia.

Ao se analisar todas estas questões frente às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, observou-se que o próprio documento não contempla a promoção da saúde no seu conceito mais moderno, conforme a Carta de Ottawa. Além disso, a predominância dos modelos conceituais de saúde hegemônicos entre o próprio corpo acadêmico de professores influencia a reformulação dos currículos.

As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde contemplam atividades curriculares onde a promoção da saúde é interpretada como uma variante da prevenção de doenças. Nesta ótica, os conhecimentos científicos produzidos e difundidos estão direcionados para a compreensão do que é bom ou mal para a saúde dos indivíduos. A principal característica desta concepção é o individualismo, insinuando que cada um é, em última instância, responsável pelo seu estado de saúde. A relação profissional-paciente está fundamentada em uma necessidade de manter o equilíbrio e a função principal do profissional é educar para a saúde.

Pode-se dizer que o processo de implementação das Novas Diretrizes Curriculares ainda é recente na maioria dos cursos da universidade pesquisada, sendo que em alguns cursos ainda não se iniciou. A maioria dos cursos de

graduação em saúde está fundamentada em currículos, formulados através de “grades curriculares”, que impõem limites às instituições de nível superior. Esta característica impede atividades de ensino/aprendizagem que possibilitem a formação de profissionais conscientes em relação à realidade sanitária e aos conceitos mais atuais relacionados.

A mudança na formação dos profissionais é um processo, ainda em fase de construção, que requer novos elementos metodológicos e uma nova postura profissional. Soma-se a isto, a capacidade de transformar os espaços de ensino/aprendizagem e de buscar novos espaços junto à comunidade e nos lugares que são cenários da vida cotidiana. Assim, será possível a passagem do modelo biomédico para outro, que agrega a promoção da saúde como um dos elementos principais na atenção à saúde.

É inegável o papel da universidade na composição das representações sociais dos profissionais da área da saúde. Sua prática será fundamentada nas informações que vão sendo codificadas durante os anos preparatórios para a profissão. Assim, é possível pensar que conceitos importantes no campo da saúde coletiva, trabalhados durante a vida acadêmica, podem e irão influenciar o futuro profissional, para compreender o modelo de saúde vigente de modo crítico e, principalmente, para contribuir na construção de um novo modelo.

As dificuldades para a realização desta pesquisa residem na escassez de bibliografias ao investigar representações sociais relacionadas ao termo promoção da saúde. É um tema pouco abordado durante a vivência acadêmica e, portanto, pouco familiar para os estudantes.

Entretanto, estes fatos não impediram o conhecimento das percepções deste grupo, que foram construídas a partir de conceitos hegemônicos, oriundos de modelos que perpassaram o século XX. Foi possível, ainda, perceber que a mudança no conceito de saúde, a partir do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, evidencia-se nas representações dos acadêmicos.

Uma certeza...

A partir deste estudo, ficará a certeza de que a mudança requer diálogo. É preciso haver abertura para novas experiências, ou ainda melhor, para a troca de experiências entre os cursos. Compartilhando saberes, se favorece a formação de profissionais críticos, criativos e com iniciativa ao incentivar e apoiar ações

necessárias para construir uma condição de vida melhor. A mudança requer um conceito ampliado de saúde, onde a promoção da saúde desempenha papel fundamental ao integrar os determinantes das condições de vida e saúde que expressam a qualidade de vida individual e coletiva.

Ampliar estudos desta natureza servirá para conhecer também as representações sociais de outros grupos sobre a promoção da saúde e, conseqüentemente, atuar na construção de novos conceitos.

Uma esperança...

Espera-se que a pesquisa possa contribuir ao estimular os profissionais da área da saúde e o corpo acadêmico a refletir sobre estas questões e repensar sua prática pedagógica e assistencial. O processo de formação profissional alcança, desta maneira, dimensões mais amplas, onde interessa também a maneira de pensar de todos estes atores sociais envolvidos.

Neste sentido, pode ser conveniente, tanto para o debate acadêmico quanto para a saúde pública, estabelecer reflexões e práticas que apontem para a construção de uma idéia de saúde como bem público. Ao repensar as políticas, práticas e ações de promoção da saúde, espera-se que os profissionais da saúde, os indivíduos, o Estado e a sociedade possam compartilhar responsabilidades.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.J. **Educação médica e saúde** – possibilidades de mudança. Londrina: UEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ANDRADE, C. J. M.; PAIXÃO, H.; MODENA, C.; TORRES, A. M. C. **Representações de saúde-doença de um grupo de mulheres residentes em bairros da periferia de Belo Horizonte (1984-1996)**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo, 7(1), 1997, p.20-33.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, 268 p.

BACKES, V. M. S. **“As políticas oficiais de saúde e o ensino de enfermagem”** 1992. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 226p.

BERLINGUER, G. **Questões de vida**: ética, ciência, saúde. Salvador: APCE; São Paulo: HUCITEC; Londrina: CEBES, 1993, 218p.

BERLINGUER, G. **Ética da saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Bogotá. Brasília: MS, 1996.

BRICEÑO-LEÓN, R. **Bienestar, salud pública y cambio social** In: MINAYO, M. C. S., COIMBRA, C. E. A. Jr. e BRICEÑO-LEÓN, R. **Salud y equidad**: uma mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 15 - 24.

BRICEÑO-LEÓN, R. **Siete tesis sobre la educacion sanitaria para la participacion comunitária**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p 1–17, jan/mar, 1996.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e a saúde pública** – Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BUSS, P. M. **Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 15 (sup. 2): 177-185, 1999 (177 – 185). Disponível

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência e Saúde coletiva. Vol. 5, n. 1, Rio de Janeiro, RJ, ABRASCO, 2000, p. 163 - 177.

CANESQUI, A. M. (org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARDOSO, M. H. C. A. e GOMES, R. **Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva**. Cad.Saúde Pública. (online). Abr./jun. 2000, vol.16, nº 2 (citado 19 de setembro 2002), p. 499-506. Disponível no site: [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)

CARVALHO, A. I. **Da saúde pública às políticas saudáveis** – saúde e cidadania na pós modernidade. Ver. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 1, n. 1, Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, 1996, p. 104 - 121.

CESA, A. I. **“Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção de saúde doença das práticas curriculares”**. 2004, 37p. Trabalho de conclusão do curso de medicina – Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CIANFLONE, A. R. L. e FIGUEIREDO, M. A. C. **A Representação social da medicina como profissão**: considerações teóricas sobre conteúdos levantados junto a estudantes secundaristas e universitários. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 237 – 245, abr./ jun., 1993. Disponível no site: <http://www.scielo.br>

CREPALDI, M. A. **Hospitalização na infância**: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté, SP: Cabral, 1999.

CUTOLO, L. R. A. “**Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de medicina da UFSC”. 2001, 227 p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DA ROS, M. A. A presença de Tyler e Flexner no curso de medicina da UFSC. 1995.

DA ROS, M. A. “**Estilos de pensamento em saúde pública** - um estudo da produção da FSP - USP e ENSP - FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck”. 2000, 207p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DEMO, Pedro. **Ciências sociais e qualidade**. São Paulo: ALMED, 1985.

FERRAZ, S. T. **Promoção da Saúde**: viagem entre dois paradigmas. *Revista Administração Pública* 32 (2): 49 – 60, 1998.

FERREIRA, J. R. e BUSS, P. M. **O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde?** In: ZANCAN, Lenira et al(org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local** – a experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002, p. 16 - 37.

FEUERWERKER, L. C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica** – processos e resultados. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. e SENA, R. La construcción de nuevos modelos académicos de atención a la salud y de participación social In: ALMEIDA, M; FEUERWERER, L. e CASTELLANOS, M. (org.). La educación de los profesionales de la salud en Latino América: teoría y práctica de un movimiento de cambio. São Paulo: HUCITEC, Buenos Aires: LUGAR EDITORES, Londrina: UEL, 1999.

FRANCO, T. B. e MERHY, E. **Programa da saúde da família (PSF):** contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: **O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano. MERHY, E et al. São Paulo: HUCITEC, 2003, 296p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970, 184 p.

GOULART, F. A. A. **Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, 8 (2): 17 – 26, Universidade de Brasília, 1999.

HENRIQUE, F. **“Concepções do Sistema Único de Saúde entre professores do curso de medicina da UFSC”.** 2002, 46p. Trabalho de conclusão do curso de medicina – Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

JODELET, D., MADEIRA, M. (org) et al. **AIDS e representações sociais:** à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998.

JODELET, D. **Représentations sociales:** undomaine in expansion. In: JODELET, D. (Ed) **Les représentations sociales.** 4 ed, Paris: PUF, 1989, p. 31 – 61.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial In: **Promoción de la salud: una antología.** Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC.: OPS, 15 – 24, 1996.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**: política e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Graal, 1982, 218 p.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003, 174 p.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 359p.

LUZ, M. T. **Saúde e instituições médicas no Brasil** In: GUIMARÃES, R. (org.). **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 157 – 171.

MACHADO, M. H. (org). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995, 226 p.

MATALON, B.; GHIGLIONE, R. **O inquérito**: teoria e prática. Oeiras: Celta, 1993

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 1999, 300p.

MORÉ, C. e LEIVA, A. C.; TAGLIARI, L. V. **A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público comunitário**. Paidéia, 2001, 11(20). p. 85-98.

MOSCOVICI, S. **A Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

NORONHA, A. B. **Graduação: é preciso mudar** – transformações dependem de políticas de Educação em saúde. RADIS – Comunicação em Saúde, n 5, FIOCRUZ: Dez, 2002.

PAIM, J. S. **Vigilância da Saúde**: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

PAIM, J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: **Epidemiologia e Saúde**. ROUQUAYROL. M. Z. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

PEREIRA, I. M. T. B. et all. **Promoção da saúde e educação em saúde**: uma parceria saudável. O Mundo da Saúde – São Paulo, ano 24 n. 1 jan./fev. 2000, 39-43. Disponível

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem** – Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez Editora, 1989, 155 p.

POLIT, D. e HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 391p.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença**: agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS. São Paulo: UNICAMP, 1991.

RAMOS, et al. **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Série Enfermagem – Repensul. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

REDE UNIDA. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Documento veiculado no Seminário “Impulsionando as mudanças nos cursos paranaenses da área da saúde: rumo à implantação das novas diretrizes curriculares”. Curitiba, 21 e 22 de junho de 2002.

RODRIGUES, M. S. P. **Enfermagem**: representação social das/os enfermeiras/os. Pelotas, RS: Editora e Gráfica Universitária – Universidade Federal de Pelotas, 143 p., 1999.

SAUPE, R. **Formação do enfermeiro cidadão crítico** – Entendimento dos Docentes de Enfermagem. Rev. Texto e Contexto – Enfermagem, Florianópolis, 1 (1) 1 – 15, UFSC, 1992.

SAWAIA, B. B. **Análise psicossocial do processo saúde-doença**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 28, n. 1, p. 105-110, abril, 1994.

SCHULDT, M. “**Expectativas profissionais de alunos do curso de medicina da UFSC**”. 2004, 35p. Trabalho de conclusão do curso de medicina – CCS/ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, R. P. e LAPA, F. B. (org.). **Bioética e direitos humanos**. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2002.

SILVEIRA, C. H. “**PSF – Um estudo de caso no município de Joinville – SC**”. 2000, Universidade Federal do Paraná. Dissertação de Mestrado. Curitiba.

SILVEIRA, E. R. “**Acolhimento: uma trilha em construção – a percepção de usuários e trabalhadores de saúde do Centro de Saúde de Saco Grande/Florianópolis**”. 2003, 89 p. Trabalho de Conclusão de Curso para Especialização - Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TEIXEIRA, S. M. F. (org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

WALTRICK, C. R. “**Concepções de saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina da UFSC**”. 2001, 34p. Trabalho de conclusão do curso de medicina – Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VERDI, M. “**Da haussmannização às cidades saudáveis – Rupturas e Continuidades nas Políticas de Saúde e Urbanização na Sociedade Brasileira do início do século XX**”. 2002, 216 p. Tese de Doutorado. Programa de Pós graduação em Saúde Pública – PGSP, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

9. ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Sobre o entrevistado

- ✓ idade, sexo, procedência, curso, fase, ano de ingresso no curso.

2. Sobre promoção de saúde

- ✓ O que entende por promoção de saúde?
- ✓ O que promoção de saúde tem a ver com doença?
- ✓ Como se promove a saúde (quais as estratégias, ações)?
- ✓ Onde acontece a promoção da saúde?
- ✓ Quem faz promoção da saúde?
- ✓ Qual o papel do profissional da saúde (odontologia, medicina, enfermagem) na promoção da saúde?

3. Sobre as fontes do conhecimento

- ✓ De onde provêm estas suas informações sobre Promoção da saúde?
- ✓ Qual a contribuição da universidade neste sentido?
- ✓ O que você aprendeu sobre promoção da saúde durante o curso?
- ✓ Quais os contextos nos quais você aprendeu sobre promoção da saúde? (estágio, projeto de extensão, com o professor ou outro contexto...)
- ✓ Alguém influenciou essas suas considerações? (identificar se tiveram influências, quais, quando, em que fase do curso, em que situação, de que maneira foram passadas as informações).

ANEXO 2

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Deverá ser lido na presença do informante)

Eu, Carine Vendruscolo Mascarenhas, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estou desenvolvendo uma pesquisa, cujo título denomina-se: “PROMOÇÃO DA SAÚDE - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ACADÊMICOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE”.

Este trabalho é orientado pela professora Dr^a Marta Verdi, do Departamento de Saúde Pública da referida Universidade e tem como objetivo analisar as representações sociais, ou seja, as impressões com relação ao termo Promoção da Saúde, a partir das informações que, continuamente, vêm da prática e das relações cotidianas dos acadêmicos dos cursos de graduação na área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina.

Sua participação é muito importante para a realização desta pesquisa, pois irá colaborar no melhor desenvolvimento deste curso, por isso, pedimos sua colaboração no sentido de responder algumas questões referentes ao assunto, que serão gravadas em audiocassete (fita) para facilitar a entrevista.

Salientamos que sua identidade será preservada nesta pesquisa, bem como as fitas ficarão guardadas com segurança no Departamento de Saúde Pública da UFSC. Informamos ainda, que os dados da pesquisa serão posteriormente transformados em trabalho e publicados.

Colocamo-nos desde já a sua disposição para esclarecimentos através do telefone (48) 233-2306 e pedimos que em caso em caso afirmativo de sua participação, queira por gentileza, assinar o termo abaixo.

Prof^a Marta Verdi
Orientadora

Carine Vendruscolo Mascarenhas
Mestranda

ANEXO 3

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública**

Termo de Consentimento Pós-Esclarecimento

Eu _____, RG n° _____ fui devidamente esclarecido quanto à metodologia, bem como aos objetivos e aceito participar da pesquisa “PROMOÇÃO DA SAÚDE - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ACADÊMICOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE” orientada pela professora Dr^a Marta Verdi, da Universidade Federal de Santa Catarina, podendo os depoimentos e imagens ser utilizados integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data, estando os mesmos vinculados ao controle dos alunos.

Florianópolis, ____ de _____ de 2005.

Acadêmico