



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**ANA KAROLLINY TESTONI
KATHERI MARIS ZAMPROGNA**

**COM QUE CONCEPÇÃO DE SAÚDE VOU ATUAR? VISÃO DE ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

**ANA KAROLLINY TESTONI
KATHERI MARIS ZAMPROGNA**

**COM QUE CONCEPÇÃO DE SAÚDE VOU ATUAR? VISÃO DE ESTUDANTES DE
ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Vânia Marli Schubert Backes

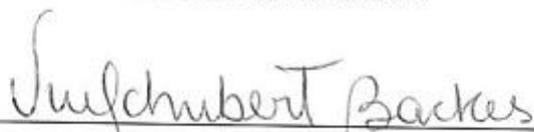
**Florianópolis
2012**

ANA KAROLLINY TESTONI
KATHERI MARIS ZAMPROGNA

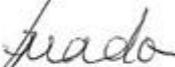
**COM QUE CONCEPÇÃO DE SAÚDE VOU ATUAR? VISÃO DE
ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

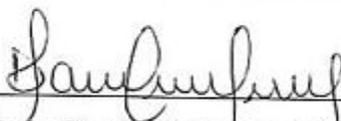
Banca Examinadora:



Profª. Drª. Vânia Marli Schubert Backes (orientadora)



Profª. Drª. Marta Lenise do Prado (banca)



Enfª. Pamela Camila Fernandes Rumor (banca)

Drda. Monica Motta Lino (suplente)

Florianópolis, 10 de Dezembro de 2012.

DEDICATÓRIA

A todos os participantes dessa pesquisa, por contribuírem com seu tempo e reflexão para a construção desse trabalho e por confiarem que a mudança é possível quando trabalhamos todos juntos!

Aos nossos amigos do Movimento Estudantil, por constituírem um grupo excepcional de estudantes. A nossa concepção de saúde é resultante dos diversos momentos de reflexão-discussão-ação-avaliação que desenvolvemos ao longo desses anos com vocês. Agradecemos pelas amizades verdadeiras, pelo aprofundamento da nossa capacidade crítica-reflexiva, pelos momentos de indignação frente as iniquidades, pelo exercício do multi e interdisciplinar e pelas diversas vitórias que conquistamos em nosso universo acadêmico. Esse trabalho também é de vocês!

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

(Paulo Freire)

AGRADECIMENTOS

Ana agradece:

A **Katheri Maris Zamprogna**, pela amizade e companheirismo. Este projeto não existiria sem você. Mesmo longe, nossa amizade e nossos ideais em comum nos permitiram desenvolver o que há de melhor em nós, nossa incessante sede de conhecimento.

Aos meus avós maternos, **José e Irma Dill** – in memoriam, por tornarem a minha infância uma eterna aventura. Queria que estivessem aqui nesse momento.

Aos meus amados pais, **Edson Testoni e Iracema Dill**, por me ensinarem sempre a seguir o caminho do correto. Pai, a distância que se interpôs entre nós e os meses de silêncio que deles vieram só aumentaram o eco do amor que sinto por você, obrigada por sempre acreditar e confiar em mim. Mãe, seu amor incondicional e compreensão me ajudaram a enfrentar esses quatro anos de intensa dedicação e exclusividade ao desenvolvimento da minha profissionalização, em todos os momentos em que busquei crescer, você estava na minha mente e no meu coração. Amo muito vocês!

A minha pequenina, **Luana Testoni**, que este trabalho possa instigar em você a vontade de seguir o caminho do conhecimento. Obrigada Luluca por ser a irmã maravilhosa que és e que a cada dia me orgulha mais. Também amo você.

Ao meus padrinhos, **Antônio Marcos Testoni e Salete Dill Loose** por me tratarem como filha e me apoiarem constantemente em minhas realizações, ambos ocupam um lugar imenso no meu coração, meus segundos pais. Amo vocês. Imensamente!

De forma geral, a **toda a minha família**, composta por pessoas corajosas, divertidas, com suas peculiaridades e de bom coração. Se eu pudesse escolher, nasceria e morreria nessa família milhares de vezes!

Ao meu constante enamorado, **Lucas Arthur Dutra Jr.**, pela dedicação, companheirismo, preocupação e horas intermináveis de acalorada discussão ideológica. Um singelo reconhecimento do impacto que você causou ao entrar na minha vida esse ano. E a toda a sua família por me receber em sua casa como filha e amiga, concedendo-me apoio e incentivo durante o processo de construção desse trabalho!

Um agradecimento especial aos meus amigos de antes e sempre, **Ana Paula Machado, Paula Oliveira Camargo, Jaqueline Mafra, Afonso Petry, Vanessa Testoni** que direta ou indiretamente me acompanharam nessa caminhada com palavras e gestos de incentivo e apoio. Vocês são maravilhosos.

*A Unidade de Internação Clínica Cirúrgica I do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e seus profissionais, principalmente às minhas supervisoras, **Enf.(as) Monique Mendes Marinho, Pâmela Camila Fernandes Rumor, Adriana Florência Schwartz e Michele Medeiros**, pelos momentos de aprendizagem e por exemplificarem no seu cotidiano que ser enfermeira necessita, acima de tudo, amar a vida e as pessoas que lutam por ela, e a toda equipe de enfermagem, meus agradecimentos pelos compartilhamentos e conselhos.*

Katheri agradece:

*A **Ana Karolliny Testoni**, por ser a família que Deus me permitiu escolher. Agradeço pelas longas discussões em busca de um mundo melhor e pelo seu eterno ombro amigo.*

*Aos meus **avós maternos e paternos** por me proporcionarem alegria, por ensinarem a honestidade, a união familiar e a simplicidade. Vocês são minhas mais lindas fontes de amor.*

*À minha querida **mãe**, esta que é a responsável por todas minhas virtudes. Você é o melhor e mais bonito exemplo que tenho em minha vida, além de ser a maior responsável por esse trabalho, pois se você não acreditasse e não me desse todo o seu carinho e dedicação eu não estaria onde estou hoje. Obrigada mãezinha.*

*Ao meu pai, **Alexandre** que mesmo nas poucas vezes que temos o prazer de nos encontrar, incentiva minhas escolhas, os meus passos e me mostra a importância da educação. Amo você.*

*Ao meu anjo da guarda, **Dâmaris**. Você provavelmente é uma das maiores responsáveis por todas as escolhas que fiz. É a minha melhor companheira e sem dúvida a melhor irmã. Eu te amo infinitamente e incondicionalmente.*

*Aos meus familiares que fazem parte da minha vida e me apoiam nas minhas escolhas, mas principalmente obrigada a minha segunda mãe, **Luciana Zamproga**, você é o meu exemplo de determinação. Obrigada por guiar minhas decisões e me proporcionar todo o seu carinho.*

*Ao meu namorado, **Fábio Castagna da Silva**, por ser meu companheiro e meu confidente. Obrigada por me proporcionar o melhor sentimento da vida, o amor. Agradeço pela dedicação que dispõe a mim, pelos momentos felizes e pela sua preocupação constante.*

A todos os meus amigos que hoje estão distantes, mas que de alguma forma fazem parte da minha trajetória não só acadêmica, mas de vida. Vocês me proporcionam dia após dia o melhor da vida, a amizade.

Aos meus amigos brasileiros, companheiros no programa de graduação sanduíche na Espanha, agradeço pela força que me deram enquanto realizava esse trabalho. Agradeço principalmente as minhas companheiras de casa por respeitarem o meu esforço, por me entenderem nas diversas vezes em que deixei de estar com vocês enquanto me dedicava na produção desse trabalho e pela alegria que me proporcionaram nas horas vagas. Por tudo isso sou imensamente grata.

Juntas agradecemos:

*A **Deus**, pelo simples fato de existir nos nossos corações e guiar os nossos caminhos.*

*A nossa orientadora, **Prof^a. Dr^a. Vânia Marli Schübert Backes**, agradecemos pela coragem de assumir o desafio de orientar nossa dupla nas proporções internacionais que alcançou e por acreditar em nós e aceitar nossas ideias. Sua sabedoria, seus conselhos e palavras serviram de estímulo e nos guiaram pelo caminho sem volta do conhecimento científico. Muito além de orientadora, você assumiu o papel de mãe protetora e que cobra dos seus filhos as tarefas bem feitas, obrigada por isso também. Ao final resumimos toda nossa estima, nossa admiração pela sua figura e profundo carinho com apenas uma frase: **We love our teacher!***

*As doutorandas do **PEN/UFSC**, **Fernanda Carvalho de Miranda** e **Mônica Motta Lino**, pelas contribuições durante a idealização e construção do trabalho. Somos gratas pela ajuda e pela bela equipe que formamos durante esse momento!*

*A professora **Dr^a. Marta Lenise do Prado**, e a enfermeira chefe da Clínica Cirúrgica **I/HU-UFSC**, **Pâmela Camila Fernandes Rumor**, além da prof. Vânia - membros da banca – pelas contribuições que permitiram a lapidação desse trabalho.*

*Aos **demais professores do Departamento de Enfermagem da UFSC**, pelos ensinamentos que compartilharam conosco buscando sempre reforçar as potencialidades que há em nós.*

*As **Graduandas de Enfermagem turma 2012.2/UFSC**, pelas experiências compartilhadas e inesquecíveis durante a nossa formação profissional. Agradecemos pela amizade, diversão e companheirismo. Desejamos a todas um futuro cheio de sucesso e felicidade.*

*A **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, por nos oferecer acesso à educação superior de qualidade e por fomentar em nós a vontade de sermos profissionais com responsabilidade científica e social, retribuindo a toda à população que indiretamente nos proporcionou essa oportunidade.*

Pois não existe uma saúde em si, e todas as tentativas de definir tal coisa fracassaram miseravelmente. Depende de seu objetivo, do seu horizonte, de suas forças, de seus impulsos, seus erros e, sobretudo, dos ideais e fantasias de sua alma, determinar o que deve significar saúde também para o seu corpo. Assim, há inúmeras saúdes do corpo.

(NIETZSCHE, 2001)

TESTONI, Ana Karolliny; ZAMPROGNA, Katheri Maris. **Com que concepção de saúde vou atuar? Visão de estudantes de enfermagem, medicina e odontologia** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Graduação em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012. 99p.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde surge com uma nova proposta de trabalho em saúde por meio da atuação nas áreas da prevenção, proteção, recuperação e promoção da saúde direcionando esses campos a partir do conceito ampliado de saúde. Pensando nessa nova perspectiva para o trabalho em saúde, tem-se refletido sobre o papel das Instituições Superiores de Ensino como formadoras de profissionais aptos para o trabalho no SUS, e as estratégias pelos quais se tem buscado essa reforma são o investimento na adequação dos planos pedagógicos, além da estrutura curricular. Essa última demandou um grande movimento dos cursos de graduação a partir da formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, cujo objetivo é adequar os currículos para a formação de um perfil acadêmico que proporcione habilidades, abordagens e perspectivas de formação que são compatíveis com a atuação no SUS e que incluem o conceito ampliado de saúde como ponto de partida e eixo principal. O objetivo desse estudo foi compreender o conceito de saúde dos graduandos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de uma Instituição de Ensino Superior do Sul do País, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas, de forma individual. Os dados qualitativos foram analisados a partir da proposta operativa de Minayo (2010). Dos resultados emergiram três manuscritos: *Conceito de saúde: uma revisão integrativa da literatura*, revisão de literatura realizada a partir de busca sistematizada de produções realizadas entre os períodos de 2001 a 2011 que discutiam sobre o conceito de saúde. Emergiram 03 categorias: a) *Doença no conceito e no ensino em saúde*; b) *Conceito de saúde higienista* e c) *Capacidade das pessoas em gerir saúde no conceito de saúde*. Do segundo manuscrito intitulado *Com que concepção de saúde vou atuar? Visão de estudantes de enfermagem, medicina e odontologia*, emergem 04 categorias: a) *Concepção de Saúde como Bem-Estar Individual*; b) *Concepção de saúde como ausência de doença*; c) *Concepção de saúde como consequência dos determinantes sociais e*; d) *A concepção de saúde como conceito complexo*. No último manuscrito intitulado *A construção do conceito de saúde de graduandos no seu processo de formação*, emergem as categorias: a) *Construção do conceito de saúde nas experiências curriculares* e b) *Construção do conceito de saúde nas experiências extracurriculares*. A partir dos resultados conclui-se que o conceito de saúde tem sido foco de discussões nos últimos dez anos em diferentes perspectivas e que há uma transformação do conceito de saúde em direção a uma visão integral do processo saúde e doença, embora ainda permaneça nos currículos uma forte presença das disciplinas tecnicistas com um olhar biologicista, curativista que apresenta como objeto de atuação na área da saúde a doença. Ainda, é perceptível uma progressiva consolidação e adequação dos meios para melhor operacionalizar nos currículos uma formação direcionada a proposta de trabalho contemplada pelo SUS a partir da política de promoção da saúde fomentada pelo conceito ampliado de saúde.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Currículo. Sistema Único de Saúde. Formação de Conceito. Processo Saúde-Doença.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estudos (n) selecionados após aplicação dos filtros de busca da revisão.....	21
Tabela 2. Caracterização dos objetos de estudo segundo ano, título e periódico.	22

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
DCE	Diretório Central dos Estudantes
CA	Centro Acadêmico
CALEnf	Centro Acadêmico Livre de Enfermagem
CALIMED	Centro Acadêmico Livre de Medicina
CASA	Centros Acadêmicos da Saúde
CAIS	Coletivo Interdisciplinar de Saúde
DENEM	Diretório Nacional dos Estudantes de Medicina
PET	Saúde da Família- Programa de Ensino para o Trabalho
MEC	Ministério da Educação
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
PPP	Projeto Político Pedagógico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
TCL	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
HU	Hospital Universitário

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1. CONCEITO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	18
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	36
3.1. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	36
4 METODOLOGIA	40
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	40
4.2. APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	40
4.3. SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	41
4.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	42
4.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	43
5 RESULTADOS.....	44
5.1. COM QUE CONCEPÇÃO DE SAÚDE VOU ATUAR? VISÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA.	44
5.2. A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAUDE DE GRADUANDOS NO SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO.....	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES.....	91
ANEXOS	94
6.1. ANEXO A – PARECER DA ORIENTADORA	94

1 INTRODUÇÃO

Esse trabalho, desenvolvido com graduandos dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de um Instituto de Ensino Superior (IES), objetivou compreender o conceito de saúde desses, enfocando as novas Diretrizes Curriculares Nacionais, que visam a formação de profissionais aptos para atuarem no sistema de saúde vigente no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS e suas políticas de saúde tal qual como conhecemos hoje são resultantes de um processo de discussões e embates ideológicos e políticos levantados por diversos atores ao longo da história do desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil (CUNHA; CUNHA, 2001).

No período colonial, os serviços de saúde no Brasil eram organizados à maneira de Portugal; dessa forma ficavam sob a responsabilidade de autoridades específicas, todos subordinados a determinados níveis de lideranças. As câmaras dos municípios respondiam pelos problemas de higiene, comércio de alimentos e a fiscalização nos portos e os dejetos da cidade; já a profilaxia de determinadas doenças e o trabalho de médicos, cirurgiões e curandeiros eram de responsabilidade do físico-mor designado por Portugal. Já nesse período era presente a necessidade da população por médicos que atendessem as demandas de saúde, todavia os mesmos eram escassos pela falta de interesse em migrar ao Brasil. Dessa forma, quando presentes epidemias, essas impulsionavam a uma organização da comunidade em níveis locais com o propósito de resolução das mesmas; muitas vezes, na insuficiência dessas ações locais, era incumbido ao império a tomada de decisão relacionada às epidemias e a assistência aos doentes. O cenário daquela época era composto por uma organização incapaz de atender e oferecer os serviços de saúde necessários à população (PAIM, 2009).

Com o movimento da Revolução Industrial no século XIX é deflagrado um crescimento econômico centrado na produção, gerado pela força de trabalho nas fábricas. A partir desse momento voltaram-se as atenções para a qualidade dos ambientes e de saúde desses trabalhadores, visto a implicância direta destes com a produção do capital; iniciou-se a inserção de médicos nas indústrias e juntamente com os mesmos, começou-se a discutir a coresponsabilidade de fatores como habitação, saneamento, condições trabalhistas dentre outros determinantes no processo de adoecer (MENDES; DIAS, 1991). A saúde começou a ser considerada uma questão social, visto que as epidemias características daquela época como a febre amarela, varíola entre outras, estavam causando comprometimentos na economia, levando o governo a realizar ações de saneamento nos portos e nas cidades e ações de profilaxia contra doenças transmissíveis (PAIM, 2009).

Com a industrialização do Brasil, o modelo de serviço de saúde que estava se estabelecendo predominantemente foi o modelo de assistência privado, estando garantido o direito a consultas médicas os trabalhadores assegurados pela Previdência Social. Com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923 as empresas privadas garantiam assistência médica aos trabalhadores de suas empresas por meio de uma contribuição financeira por parte dos trabalhadores; no ano de 1930 surgem os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que unificam os diversos CAPs agora por categoria profissional. Com o IAPs, o Estado passou a administrar diretamente os fundos arrecadados, com a intenção de acumular as reservas financeiras que cresciam progressivamente devido à incorporação de novas categorias profissionais nos IAPs e as poucas aposentadorias. Na década de 1964 com o golpe militar os recursos destinados a atender os trabalhadores do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) são utilizados pelo governo para subsidiar o sistema privado, com compra de hospitais e equipamentos, além de financiar a industrialização do país. Conforme o fundo financeiro foi sendo reduzindo, os hospitais financiados pelo INPS passam a vender os serviços para a iniciativa privada, diminuindo o acesso aos trabalhadores contribuintes. Essa situação que se estende desde a criação dos CAPs demonstra a concepção de saúde fortemente ligada ao setor econômico, sendo a mesma não um direito de todos os cidadãos, mas sim um direito dos trabalhadores diretamente ligados à produção. Além disso, aos trabalhadores não assegurados pelo INPS restavam as ações de combate às endemias realizadas pelo governo, estando o enfoque à saúde voltado para prevenção e combate das doenças individuais que ameaçavam o setor econômico (CUNHA; CUNHA, 2001).

É nesse contexto de crise dos serviços de saúde e má gestão dos recursos financeiros que na década de 70 surge o movimento da Reforma Sanitária, resultante da insatisfação de diversos atores da sociedade com o modo como a saúde estava sendo “conduzida” e das discussões que ocorriam concomitantemente no cenário mundial sobre saúde e seus determinantes, destacando-se o relatório Lalonde de 1974, que constrói um novo olhar sobre a saúde desenhando um modelo de promoção da saúde e posteriormente com a realização da I Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978.

Em 1986 realizou-se a VIII Conferencia Nacional de Saúde onde ocorreu a sistematização do processo de construção de um novo modelo para os serviços de saúde, sendo esta entendida como:

Resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, esporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida (CUNHA; CUNHA, 2001, pg. 297).

É nesse contexto que surge o Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir das lutas ideológicas e sociais por um acesso universal e igualitário à saúde desde o nascimento da Reforma Sanitária até sua oficialização pela Constituição Federal em 1988, que em seu artigo 196 define que:

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

Mas o que é saúde? Historicamente o conceito de saúde tem sido utilizado para fundamentar as práticas e programas governamentais que surgiram após a implantação do SUS. Segundo Cunha e Cunha (2001) ao ser constituído, o SUS inova ao utilizar um “conceito ampliado de saúde”, ao relacionar a saúde como resultante das condições de vida. Dessa forma, analisando o contexto histórico dos serviços de saúde brasileiro, foi necessário realizar mudanças não somente na maneira como a saúde era entendida, mas também na forma como os serviços se organizavam.

A lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da saúde, regulamenta o SUS e dispõe que o Estado deve assegurar a saúde por meio de políticas tanto econômicas quanto sociais tendo em vista a redução dos riscos de doenças e garantindo ao usuário o acesso universal e de forma igualitária as ações (BRASIL, 1990).

Dessa forma, o SUS tem desenvolvido políticas e programas com o intuito de garantir aos usuários assistência integral, tal qual a Política de Atenção Básica e a Política de Promoção da Saúde. Ambas estão apoiadas no conceito ampliado de saúde que aliado com os princípios e diretrizes do SUS tem norteado os investimentos em saúde nos últimos anos.

É nesse contexto que se ressalta a importância de discutir sobre o conceito de saúde, pois é esta que está no núcleo do sistema.

Essa discussão sobre o conceito de saúde ainda é recente, se iniciando na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou na Carta de Ottawa em 1986. Esta propõe que para se alcançar a saúde é imprescindível extrapolar o setor de saúde, visto que a mesma é resultante do conjunto formado por ambiente, condições de moradia e alimentação, trabalho, transporte, liberdade dentre outros ampliando o conceito proposto pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) que define a mesma como “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 2003; BACKES *et al*, 2009).

Embora sejam propostos diversos fatores que contribuem para a mudança do olhar sobre saúde, a vida se dá através de um prisma mais complexo que os conceitos que a definem. Entretanto, para que se realizem todas as intervenções operativas, considerando um novo sistema de saúde, necessitamos utilizar e considerar esses conceitos para que as mesmas sejam efetivadas, visto que a necessidade de se trabalhar em saúde ocorre através de diversas dimensões, buscando desfazer o predomínio da abordagem biomédica focalizada no adoecer, evitando, assim, práticas de saúde baseadas em modelos estagnados na lógica mecanicista e práticas preventistas (BACKES *et al*, 2009).

Esta concepção biomédica implica em profissionais que ignoram a cultura e o meio social dos indivíduos relacionados com os processos de saúde-doença, buscando tão somente conhecê-las sob o olhar intervencionista baseado no modelo médico-científico, ou seja, reproduzindo o conceito de saúde adequado ao modelo capitalista vigente; dessa forma, reduzindo a adesão dos indivíduos aos programas de saúde (BACKES *et al*, 2009).

Pensando nisso, torna-se necessário que a atenção à saúde seja adequada ao conceito ampliado de saúde proposto pelo SUS e, que a maneira como são utilizados os conhecimentos voltados à prática em saúde considerem que atualmente essa prática se constrói através da promoção da saúde.

Aprovadas em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propõe a reformulação curricular dos cursos superiores em saúde, buscando a adequação dos mesmos aos princípios e diretrizes do SUS, visando à formação de profissionais responsáveis e competentes para realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde.

Estão contempladas mudanças desde os conteúdos abordados no processo ensino-aprendizagem, das abordagens metodológicas até o perfil dos graduados, almejando transformações nos cenários de assistência a saúde de forma a contemplar o sistema de saúde vigente no País – o SUS (VILLA; ARANHA, 2009). Assim as DCN buscam

Estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001, pg. 2).

Dessa forma as DCN objetivam que os alunos de graduação em saúde aprendam a ser, a fazer, a viver e a conhecer, de forma que os profissionais formados sejam capacitados a realizar o trabalho em saúde de forma humanizada e com qualidade. Para que isso seja alcançado, é necessário considerar os princípios e as diretrizes do SUS e, principalmente, o conceito de saúde (BRASIL, 2001).

Esse movimento foi particularmente motivador para as autoras, pois durante a graduação estas estiveram em contato com movimentos estudantis, como o Diretório Central dos Estudantes (DCE), o Centro Acadêmico Livre de Enfermagem (CALEnf), grupos interdisciplinares de discussão sobre saúde, bem como, realizaram atividades extracurriculares e de extensão, como jornadas acadêmicas e o Programa de Ensino para o Trabalho (PET-Saúde da Família) de incentivo federal. Todos esses espaços contribuíram para ampliar a visão das autoras sobre como a formação em saúde está ocorrendo a partir das discussões construídas com acadêmicos dos demais cursos de graduação da área da saúde.

Os espaços fomentaram diversos questionamentos às mesmas, principalmente no que se refere à formação acadêmica, enfatizando a maneira como os profissionais são formados para atuar no sistema de saúde, visto as disparidades encontradas nos discursos dos acadêmicos sobre suas concepções de saúde e doença. Sensibilizadas neste contexto, pretenderam desenvolver um trabalho que explainasse uma leitura sobre essa realidade, buscando incluir os resultados encontrados para dentro dos cursos, como meio de avaliar e auxiliar na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Como referencial teórico foram utilizadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) para os cursos superiores da saúde. É analisando o conceito ampliado de saúde construído com a legitimação do SUS, das políticas e programas implantados ao longo desses anos, com ênfase na promoção da saúde como meio de consolidação das práticas de atenção à saúde, e percebendo que ainda é muito presente a formação dos profissionais voltados a um conceito biomédico, fragmentado e tecnicista originado desde antes da criação do SUS, e analisando as Diretrizes Curriculares Nacionais implantadas há mais de uma década; este trabalho **visou questionar**: qual o conceito de saúde dos graduandos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, a luz das novas Diretrizes Curriculares pautadas nas propostas do SUS?

Nesta perspectiva, o estudo **objetivou**: compreender o conceito de saúde dos graduandos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. CONCEITO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Esse estudo objetivou compreender como o conceito de saúde vem sendo expresso em produções científicas da área da saúde a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura de publicações realizadas no período de 2001 a 2011. A seleção dos estudos ocorreu a partir da busca em bases de dados da saúde nacionais e internacionais. Inicialmente foram localizados 3707 estudos que contemplaram os critérios de inclusão, ao final restaram 33 estudos para análise aprofundada. Emergiram três categorias: *doença no conceito e no ensino em saúde, conceito de saúde higienista e capacidade das pessoas em gerir saúde no conceito de saúde*. Concluiu-se que há necessidade de aprofundar as discussões acerca do conceito de saúde frente à complexidade que há em romper com as concepções biologicistas adquiridas ao longo da história.

Palavras-chave: Formação de Conceito. Saúde. Processo Saúde-Doença.

ABSTRACT

This study aimed to understand how the concept of health has been expressed in scientific productions of health from an integrative literature review of publications in the period from 2001 to 2011. The selection of studies was from the search in databases of national and international health. First studies were located 3707 which contemplated the inclusion criteria, 33 studies were left at the end for further analysis. Three categories emerged: *the disease in the concept and in the education of health, health concept hygienist and people's capacity to manager health in the concept of health*. It was concluded that there is need for further discussions about the concept of health with the complexity that is to break with the ideas biologicist acquired throughout history.

Key words: Concept Formation. Health. Health-Disease Process.

RESUMEN

El objetivo era entender cómo el concepto de salud se ha expresado en las producciones científicas de salud a partir de una revisión integradora de la literatura de publicaciones en el período de 2001 a 2011. La selección de los estudios fue de la búsqueda en bases de datos de salud. Inicialmente los estudios se localizaron 3707 que contemplaba los criterios de inclusión 33 estudios fueron dejados al final para su posterior análisis. Emergieron cuatro categorías: *la enfermedad en el concepto de salud y en la educación de la salud, el concepto de salud higienista, Capacidad de las personas en la gestión de salud en el concepto de salud*. Se concluyó que existe la necesidad de nuevos debates sobre el concepto de salud con la complejidad que es romper con el biologicista ideas adquiridas a lo largo de la historia.

Palabras-clave: Formación de concepto. Salud. Proceso Salud-Enfermedad.

INTRODUÇÃO

Saúde é parte indissociável da conjuntura social, política, cultural e econômica de uma nação. Seu conceito é multifacetado e complexo, representando diversos significados em distintas épocas da vida humana (SCLIAR, 2007). No Brasil, políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se apoiadas no conceito ampliado de saúde, formulado na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, e constitucionalizado em 1988, no processo de redemocratização do país. Saúde é um direito fundamental ao ser humano, devendo o Estado prover condições ao seu pleno exercício (BRASIL, 1988).

Mas o que é saúde? A VIII CNS destaca que saúde não é um conceito abstrato, mas resultante das “condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986). Ou seja, há toda uma conjuntura que pode gerar desigualdades nos níveis de vida e, conseqüentemente, de saúde. O significado do conceito de saúde, portanto, não se esgota em sua definição.

Para atender ao conceito ampliado de saúde é necessário transformar não somente a maneira como a saúde é entendida, mas implica, também, na forma como os serviços se organizam (CUNHA; CUNHA, 2001). Atualmente, o foco no adoecimento tornou-se uma constata no âmbito dos serviços, com modelos na lógica mecanicista e práticas preventivistas. Muitos autores vêm indicando as limitações da abordagem unicamente biomédica, que reproduz o conceito de saúde adequado ao modelo capitalista vigente (BACKES, 2009).

A humanidade vive, sobretudo, em um mundo de conceitos. Fatores sociais e históricos propiciam condições para o surgimento de um determinado conceito, sua vitalidade, fecundidade e seu compromisso ou não com idéias dominantes. Assim, torna-se relevante investigar sobre o conceito de saúde e os fenômenos cognitivos e sociais envolvidos na aquisição dos mesmos (BORUCHOVITCH; FELIX-SOUZA; SCHALL, 1991).

A produção do conhecimento no meio acadêmico representa um dos modos de como a sociedade compreende a saúde, já que a linguagem escrita é retrato de uma visão de mundo. Sendo assim, esse estudo teve como **objetivo** compreender como o conceito de saúde vem sendo expresso em produções científicas brasileiras da área da saúde.

MÉTODO

A Revisão Integrativa da Literatura tem como objetivo realizar uma busca sistematizada em diversas fontes de informação, propiciando a síntese de pesquisas relevantes acerca de uma determinada área de estudo. Além disso, favorece ao pesquisador o conhecimento acerca das lacunas de estudos que necessitam ser trabalhados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram adotadas seis etapas sugeridas para Revisões Integrativas: 1) seleção de hipóteses a serem respondidas; 2) constituição da amostra a partir de pesquisas selecionadas para análise aprofundada; 3) descrição das características dos estudos e seus principais achados; 4) análise desses resultados; 5) interpretação dos resultados de análise; e, por fim, 6) relatório final da revisão realizada (GANONG, 1987).

Realizou-se um Protocolo de Revisão Integrativa, que correspondeu à primeira etapa da investigação. Tal protocolo foi apreciado por dois pareceristas externos, sendo um deles *expert* em metodologia de pesquisa e o outro *expert* no âmbito de educação sanitária, obtendo-se validação que precedeu e orientou a coleta de dados (GANONG, 1987).

A seleção dos estudos ocorreu a partir da busca isolada e combinada dos seguintes termos de busca “conceito de saúde”, “processo saúde-doença” e “Sistema Único de Saúde” nas seguintes bases de dados: Academic Search[®] (EBSCO *Host*), Google Acadêmico[®] (Google *Host*), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde[®] via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Medline – U.S. National Library of Medicine[®] (PubMed *Host*).

Os critérios de inclusão compreenderam artigos disponíveis *online* no formato completo, nos idiomas português, espanhol ou inglês, publicados no período de 2001 a 2011, ou seja, desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Brasil.

Inicialmente foram localizados 3707 estudos que contemplaram os critérios de inclusão. A partir da leitura dos resumos, foram excluídas todas as produções duplicadas, editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, teses, dissertações, monografias e estudos que não contemplassem o escopo dessa revisão. Por fim, foram selecionados 33 estudos para análise aprofundada (Tabela 1).

Tabela 1. Estudos (n) selecionados após aplicação dos filtros de busca da revisão.

Base de Dados	Total	Incluídos
Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde [®]	126	03
Academic Search [®] (EBSCO Host)	273	04
Google Acadêmico [®] (Google Host)	3.202	24
MEDLINE [®] (PubMed Host)	106	02
Total	3707	33

Os 33 objetos de estudo foram organizados em tabelas desenvolvidas no programa Microsoft Excel[®] extraindo-se as seguintes informações: ano de publicação; título; modalidade e abordagem do estudo; periódico; e recortes textuais que indicassem diretamente ou indiretamente um conceito de saúde. Tais informações são apresentadas nos resultados ediscutidas a partir de três vertentes: a) Doença no conceito e no ensino em saúde; b) Conceito de saúde higienista e; c) Capacidade das pessoas em gerir saúde no conceito de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 33 artigos, 28 são de pesquisa qualitativa e 03 de abordagem quantitativa e 02 não se encaixam nessas abordagens. Quanto à modalidade: 17 estudos são originais, 03 são artigos de revisão e 13 não são estudos de pesquisa (reflexão, revisão histórica e ensaio). Apresenta-se a caracterização geral dos objetos de estudo da Revisão (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização dos objetos de estudo segundo ano, título e periódico (continua)

ANO	TÍTULO	PERIÓDICO
2002	Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento	Cad. Saúde Pública
2002	Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse	Ciência & Saúde Coletiva
2002	A epistemologia de Ludwik Fleck como referencial para a pesquisa no ensino na área de saúde	Ciência & Educação
2002	Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica	História, Ciências, Saúde Manguinhos
2003	Percepção dos Alunos do Curso de Graduação em Medicina da UFSC Sobre a Concepção Saúde-Doença das Práticas Curriculares	Arquivos Catarinenses de Medicina
2003	Análise de uma situação didática: a compreensão do processo saúde-doença	Investigações em Ensino de Ciências
2003	Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização	Interface - Comunic, Saúde, Educ.
2003	Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva
2003	Significado de saúde e de doença na percepção da criança	Rev Latino-Am Enfermagem
2004	Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde	Interface - Comunic., Saúde, Educ.
2004	Desconstruindo a definição de saúde	Jornal do Conselho Federal de Medicina
2004	Avaliação de política nacional de promoção da saúde	Ciência & Saúde Coletiva
2005	O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas	Psic.: Teor. e Pesq. Texto Contexto
2005	Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem	Enferm
2005	O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua	Rev Latino-Am Enfermagem
2006	Conceito mente e corpo através da história	Psicologia em Estudo
2006	2 Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde	Rev Saúde Pública
2006	Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo	Texto Contexto Enferm
2007	Uma concepção hermenêutica de saúde	PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva
2007	Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto	Revista Latino-Am. Enfermagem
2007	Educação em saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem	Rev Bras Enferm.
2007	Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade	Ciência & Saúde Coletiva.

Tabela 2. Caracterização dos objetos de estudo segundo ano, título e periódico (conclusão)

2007	A Saúde e seus determinantes sociais	PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva
2008	Concepções de saúde no livro didático de ciências	Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências
2008	Mudança curricular: desafio de um curso de graduação em enfermagem	Rev Bras Enferm.
2008	Significado do conceito de saúde na perspectiva de escolares do ensino fundamental	RBPS
2009	Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a	Ciências & Cognição
2009	A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes	Rev Latino-Am Enfermagem
2009	Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde	Interface - Comunic., Saude, Educ.
2010	Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire	Rev Bras Enferm.
2010	Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde	Esc Anna Nery Rev Enferm
2011	A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil	Revista Brasileira de Educação Médica

DOENÇA NO CONCEITO E NO ENSINO EM SAÚDE

A literatura analisada vem abordando o conceito de saúde fazendo referência habitual à doença, como processos não excludentes. “Saúde” é descrita como algo que ultrapassa a “ausência da doença”, no entanto, a “ausência de doença” vem sendo direta ou indiretamente expressada como importante condicionante à saúde. Na perspectiva das produções encontradas há referência à doença na concepção de saúde, pois a consideram parte integrante da saúde por ser um estado temporário da mesma, além de salientarem que se a doença fosse desconsiderada, o ser saudável não definiria-se (CANGUILHEM, 2009).

(...) os estudantes não conseguem demonstrar o ponto de ruptura entre o estado de saúde e de doença, ou seja, para eles, não existe uma fronteira objetiva entre estes dois fenômenos. Isto porque são concepções difíceis de objetivar, são estados difíceis de mensurar onde termina um e começa o outro. (Estudo 13)

Essa dificuldade de conceituar saúde pode ser resultado de diversos fatores culturais, econômicos e políticos que colocam a doença como objeto científico, seja pela falta de investimentos em estudos que incluam o enfoque teórico da questão saúde, seja pela preservação cultural da doença. Além disso, a estrutura do trabalho na área da saúde vem ocorrendo por meio de práticas que apresentam uma fragmentação do corpo humano e do

conhecimento sobre o mesmo, refletindo, portanto, em um trabalho que apresenta diversas especialidades médicas focadas na patologia clínica (COELHO; FILHO, 2002).

Outros autores reforçam a necessidade de ampliar a visão sobre o conceito de saúde visto que o mesmo não pode ser delimitado claramente. Nesse aspecto, a doença encontra-se dentro do conceito de saúde como algo inerente ao processo de viver humano.

A complexidade do processo saúde-doença não permite um modelo único, pois as fronteiras bionatural e social não são precisas. Desse modo, embora o entendimento da complexa estrutura bionatural do homem necessite de disciplinas específicas com seus conceitos e metodologias, tais disciplinas são insuficientes para compreender as condições sociais que envolvem o processo saúde-doença. (Estudo 07)

Assim, mesmo frente às críticas sobre o modelo biologicista, o mesmo deve ser considerado na análise do conceito de saúde, na perspectiva de diferentes autores, visto que esse elemento também é parte dos determinantes da condição de saúde que englobam, além dos fatores biológicos, os fatores político, social, cultural, ambiental e o comportamental. Ainda, em outra perspectiva, o mesmo elemento também é incluído no conceito ampliado de saúde fazendo parte de um plano que corresponde a fatores fisiológicos, patológicos e biológicos dos determinantes de saúde (BRASIL, 2002; VIANNA, 2012).

Deve-se ressaltar que o modelo biologicista não deve ser excluído da formação médica, pois como já citado anteriormente, a complexidade do processo saúde-doença não permite uma visão única, e sim uma visão plural. (Estudo 05)

Outros autores destacam que:

Saúde é definida pela qualidade de vida e pela capacidade de ser e agir de mulheres e homens; e desigualdade social, pelas diferenças produzidas socialmente que sejam moralmente injustas. Nesse sentido, a saúde reflete características vitais aparentemente elementares como estar vivo e sem doença, estar bem nutrido, ter respeito próprio e ser respeitado e capaz de exercer ação política. (Estudo 33)

Para a Organização Mundial da Saúde (1946) saúde é definida como “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”, todavia esse conceito

atualmente pode ser considerado ultrapassado visto que se restringe somente a essas três dimensões, quando se refere à saúde de forma fragmentada e almeja um estado de saúde que pode ser considerado subjetivo, utópico de caráter ideal em que o indivíduo necessita alcançar para atingir o estado saudável (VAZ; REMOALDO, 2011; SCLIAR, 2007).

A ‘definição’ de saúde adotada pela OMS não é definição vulgar e nem definição científica, pois discorda das exigências contemporâneas referentes à elaboração das definições científicas; tampouco é uma concepção ampla de saúde, mas apenas uma concepção de saúde humana. (Estudo 24).

Muito embora o conceito de saúde publicado pela OMS em 1946 – no qual a doença representa a negação do estado de bem-estar – venha sendo criticado, atualmente muitos estudos realizados com discentes no âmbito da formação em saúde vêm indicando a manutenção desse raciocínio, conforme destacado abaixo:

Os alunos tratam, portanto, o binômio saúde-doença como aspectos antagônicos. É importante que o professor tenha conhecimento destas percepções pelos alunos para que se possa trabalhar estes conceitos, com o objetivo de promover a mudança conceitual destas concepções. A construção de uma visão mais ampla pelo futuro profissional de saúde é importante para que o mesmo adote referenciais compatíveis com a compreensão da saúde no âmbito coletivo, abalizado nas interfaces entre as ciências da saúde e as ciências sociais. (Estudo 11).

[Os estudantes] além de pensarem saúde como ausência doença, ainda consideram a saúde de forma reducionista, própria do modelo biomédico, apesar de apontarem o bem-estar como um dos indicadores de saúde, o que provavelmente decorre do conceito de saúde descrito pela OMS. (Estudo 13)

Um dos estudos analisados (Estudo 18) verificou as concepções de saúde nos livros de ciências. Tal pesquisa aponta que há “uma visão reducionista e fragmentada de saúde, uma vez que vem sendo relacionado a um único condicionante”. Além dessa análise, os autores informam que o enfoque sanitário privilegiado nessas coleções são basicamente preventivistas e que a relação entre os aspectos físicos e mentais não são explorados.

Percebemos uma fragmentação da visão de saúde contida nesta coleção, pois ao analisarmos separadamente os volumes notamos que de acordo com a temática da série uma visão é mais fortemente abordada. Porém, se por um lado, as concepções de saúde encontradas nesta coleção podem ser consideradas limitadas, por outro, abre um campo de possibilidades para o professor criar e recriar, adotando outros textos para problematizar de modo contextualizado as questões de saúde no espaço social. (Estudo 18).

Atualmente ainda se percebe a presença de modelos curriculares nas Instituições de Ensino Superior (IES) que mantêm em sua essência um modelo de ensino tradicional, pautado na fragmentação dos conhecimentos e desvinculado das políticas públicas de saúde (MORETTI-PIRES, 2009). A permanência desse tipo de modelo, embora em transformação atualmente com a implantação das Diretrizes Curriculares, é um dos fatores que garante a sustentação das visões antagônicas e reducionistas sobre saúde e doença.

Visto que o Sistema Único de Saúde (SUS) considera a saúde como resultante de um conjunto de determinantes, tais como o acesso à moradia, transporte, alimentação, lazer e trabalho; ressalta-se a importância de que o Estado invista e assegure em políticas públicas que consolidem esse conceito, a exemplo das Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério da Educação, que têm reorientado a formação profissional a fim de consolidar o conceito ampliado de saúde, conforme destacado abaixo:

A definição da saúde como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania. (Estudo 30)

Apesar de os três grupos [estudantes de medicina, odontologia e enfermagem] apresentarem que fazer saúde é agir além dos aspectos biomédicos, na complexidade do paciente, não mencionaram qualquer forma de operacionalizar este conceito. (Estudo 28)

Embora o modelo tradicional ainda esteja presente, já é possível constatar resultados acerca do investimento do estado na implementação dessas políticas transformadoras, como é possível verificar no estudo abaixo:

[Acadêmicos de enfermagem] Quanto à concepção do processo saúde/doença houve um discurso generalizado enfocando os fatores ambientais, sociais, econômicos, culturais que interferem no processo e que este reflete o modo como a sociedade se organiza. (Estudo 16)

Além das políticas implantadas pelo Estado, é importante ressaltar a presença dos professores nesse processo de formação, visto que o papel do educador é o de promover e facilitar a compreensão dos discentes durante o processo de construção dos saberes em saúde, agindo como mediador para relacionar o que se sabe e o que se busca saber, por meio de um processo de educação que seja coerente às práticas cotidianas do trabalho em saúde (BACKES et al, 2010).

Também deve ser destacada a participação dos profissionais de saúde como educadores, consequentemente, como agentes participantes na construção do conceito de saúde dos discentes inclusos nos serviços, pois saúde e educação não devem ser dissociadas, de modo que as práticas cotidianas ressaltam as concepções de saúde dos trabalhadores, que ao mesmo tempo estão inseridos nesse processo e são transformados por ele (BACKES et al, 2010).

[Profissionais de saúde] seu conceito de saúde está começando a mudar e que, através desta mudança talvez o trabalho de educação possa ser mais presente e continuado. Percebem a necessidade de mudanças, quando dizem que a prática ainda deixa muito desejar e que mais ações educativas poderiam ser feitas para a população. (Estudo 01)

As condutas dos profissionais de saúde são orientadas a partir de percepções silenciosas, sempre reveladas em atos. Dizem respeito, na realidade, a uma experiência diária, culturalmente constituída, na qual os profissionais se encontram imersos, e que se manifesta sob a forma de posições e decisões assumidas desde o âmbito clínico até o espaço mais amplo de formulação de políticas de saúde. (Estudo 26)

Considerando que professores e trabalhadores da saúde influenciam na formação em saúde, nos campos da prática e da teoria, considera-se que um elemento é intrínseco ao outro, no qual a teoria é o resultado que se produz a partir das experiências vivenciadas pelo ser humano, e a prática é meio pelo qual o homem interage com a realidade, de forma a transformá-la, empoderando-se da prática e dando sentido à teoria (FREIRE, 1967). Dessa forma, é preciso reinventar maneiras de agir nos campos da saúde – tanto na educação, quanto nos serviços, para que se possam construir práticas alternativas, das quais novas serão produzidas, substituindo os modelos preventivistas atuais. Essa necessidade se observa abaixo:

O conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença (...). Ainda estão prevalecendo às ações de cunho preventivista que, embora importantes para o setor, não avançam para uma concepção positiva de saúde. Essa situação é referida tanto em relação aos espaços de formação quanto aos espaços de atuação profissional, o que contribui para a permanência de um ciclo vicioso em que teoria e prática reiteram modelos tradicionais de atuação. (Estudo 25)

CONCEITO DE SAÚDE HIGIENISTA

Nesta categoria a saúde é compreendida como resultado do perfeito funcionamento das funções orgânicas do corpo, salientando a corporeidade no conceito de saúde, conseqüentemente enfatizando as práticas de higiene corporal como meio de assegurar a saúde. Ao se considerar a saúde como ligada aos estados do corpo, reduz-se esta somente a um aspecto da dimensão humana, além de fragmentá-la em dois aspectos: físico e mental. Essa concepção é derivada da compreensão do corpo como máquina, também advinda da formação biologicista em saúde, onde o funcionamento desta máquina determinará a sua saúde ou sua doença.

À essa concepção tem-se duas perspectivas possíveis, a do profissional da saúde e a do indivíduo. O primeiro considerará como saudável o indivíduo que apresentar um corpo com funcionamento normal, sem alterações ou desequilíbrios, o corpo físico. O segundo irá considerar-se saudável enquanto seu corpo mantiver o silêncio, ou seja, sem manifestações de qualquer distúrbio que transforme sua rotina de vida, o que envolve sua percepção do próprio corpo, ou seja, a cognição que tem desse (EPSTEIN, 2008). As duas perspectivas devem ser

consideradas tanto na formação do profissional em saúde, quanto em sua atuação, já que é indispensável à manutenção da relação dialógica entre os envolvidos no cuidado da saúde.

O conceito de saúde associa-se a aspectos relacionados ao senso comum e a uma visão higienista da saúde, contudo, também, denota aspectos ligados a um conceito de saúde mais coerente com a promoção à saúde, quando enfatizam aspectos relacionados com a qualidade de vida. (Estudo 09)

A humanidade, ao longo dos séculos, vem mudando as formas de pensar a saúde/doença, mente e corpo. As doenças psicossomáticas questionam a divisão que se faz entre doenças físicas e psíquicas, como se fossem de natureza diferente, decorrendo esta divisão da tradição cartesiana que separa a mente do corpo. (Estudo 10)

Se a saúde está diretamente ligada aos estados do corpo, as alterações produzidas por desequilíbrios orgânicos tendem a afetar a mesma, visto que as respostas somáticas produzidas – como dor geram sensações desagradáveis, resultando em uma impressão negativa e sentimento de perda da “saúde”. Nesse momento é que o indivíduo irá se considerar doente, o que pode favorecer para um cuidado de si e modificações no seu modo de viver com vistas à recuperação de sua saúde (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Seguimos reduzindo o homem a minúsculas partículas de volta aos genes, para fazermos o caminho inverso, integrando novamente as partes em direção ao ser uno. O objetivo deste trajeto é uma melhor compreensão desta complexidade e possibilidade de desenvolvimento tecnológico e humano que permita diminuir o sofrimento dos homens. (Estudo 10)

Ao mesmo tempo, a manutenção de um organismo saudável é meio pelo qual uma dimensão da saúde é garantida, não devendo esta concepção corpórea ser excluída do conceito ampliado de saúde, reafirmando assim, a concepção de determinantes da saúde que englobam além de determinantes sociais, os biológicos.

O que se quer apontar é que não existe uma unidade do conceito de saúde, mas formas que o conceito vai assumindo de acordo com os campos que o

atravessam. Saúde pode estar ligada às políticas públicas e objetivada como uma questão plural, biopsicossocial, mas também pode estar relacionada ao culto do corpo. (Estudo 32)

O corpo e a relação que o indivíduo tem com este e seu cuidado é indissociável de sua saúde e de seu processo de adoecimento. A relação com o corpo, o que o indivíduo julga ser um fator de adoecimento ou um fator de manutenção de sua saúde, certamente determinará seus hábitos alimentares, prática ou não de atividade física, seguimento ao tratamento proposto por um profissional de saúde ou não, são aspectos que irão indicar essa concepção (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Nesta perspectiva, percebe-se a importância em favorecer a participação do indivíduo em seu cuidado, onde o profissional da saúde mantenha uma postura dialógica, concebendo uma atenção à saúde democrática e integradora de saberes científicos e populares (BRICEÑO-LEÓN, 1996). A este profissional cabe identificar e trabalhar em harmonia a essas concepções e ações, o que também caracteriza uma postura ética nessa relação com o indivíduo (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Pois assim será possível desenvolver práticas educativas, contribuir para a promoção da saúde, além das ações preventivas às patologias e distúrbios.

CAPACIDADE DAS PESSOAS EM GERIR SAÚDE NO CONCEITO DE SAÚDE

No início do processo histórico da saúde a mesma era compreendida como atribuição divina, cabendo ao homem aceita-la como consequência das suas ações individuais. Com o renascimento e o processo de evolução histórico e adequação das interpretações de saúde conforme o contexto sócio-político-econômico, em 1978, à saúde é incorporado a influência dos determinantes sociais. Assim, essa passa a ser resultante do meio em que o ser humano vive e não somente das suas características individuais, dessa forma considerando o indivíduo como protagonista do seu processo saúde-doença.

Há nos artigos encontrados a definição de saúde como objeto além do estado orgânico do indivíduo, mas como dimensão na qual as alterações orgânicas refletem de acordo com o meio no qual o indivíduo está inserido, de modo que as alterações biológicas se expressam por meio das contribuições sociais das pessoas, as quais também dependerão da posição que essas ocupam no campo social, do contexto e das relações que estabelece com o outro (VIEIRA-DA-SILVA; FILHO, 2009).

A saúde aqui como a entendemos, em termos de relações de saber/poder, não age sobre o indivíduo, mas sobre sua ação. Assim, quando a saúde é definida como uma questão integral, plural, na ânsia de integrar, de tornar o sujeito indivisível, completo, não se está agindo sobre o indivíduo, mas sobre a relação, as ações que ele estabelece consigo e os outros em termos de cuidados e atenção integral. (Estudo 32)

O indivíduo é o único responsável pelo seu estado de saúde, mas adquire aspecto social, abrangente, resultado da influência de inúmeros determinantes que agem sobre o sujeito e sobre os quais ele age. (Estudo 16)

Dessa maneira, o conceito de saúde perpassa um processo de transformação na relação de dependência, visto que a saúde era compreendida como ausência de doenças, para uma relação de interdependência nas relações do indivíduo consigo e com o meio em que vive. Estudos demonstram que existem dois grandes grupos de atuação referentes às práticas de promoção da saúde: o primeiro estaria voltado para agir sobre os indivíduos e sobre componentes de maior controle dos mesmos, e o segundo relacionado aos determinantes sociais que consideram a saúde como produto da influência dos determinantes sobre as condições de saúde (VENDRUSCOLO; VERDI, 2011).

Supõe-se uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. (...) Ao considerar os indivíduos como exclusivos responsáveis pela saúde, as determinações sócio-políticas e econômicas ficam desatreladas, mascaradas; os governos e os formuladores de políticas são desresponsabilizados e a “culpa” pela situação de saúde recai no indivíduo. (Estudo 27)

Tendo em vista o processo de adequação do modelo de saúde vigente que incorpora a proposta da promoção da saúde, na qual estão inclusas a melhoria da qualidade de vida, a promoção da cidadania, a manutenção de cidades saudáveis, de políticas públicas e a proatividade dos cidadãos perante essas políticas, é possível observar um novo foco de se pensar saúde, que define a mesma sob um olhar positivo, visto que ela se torna interdependente de ações que promovam a saúde, levando a uma mudança no conceito no qual ela é observada.

Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro. (Estudo 29)

A concepção de saúde com um enfoque mais amplo, como direito humano fundamental exige a ação e envolvimento dos diversos atores e setores da sociedade. (...) Exige que os indivíduos e grupos saibam identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente no qual vivem e convivem. (Estudo 04)

Para além da discussão sobre a responsabilidade de cada indivíduo sobre sua saúde e auto-cuidado e relação com sua condição de saúde, as reflexões realizadas nos artigos apontam para a importância do profissional em saúde considerar as condições sociais, de vida e cultura neste contexto. É necessário não apenas ofertar melhores estruturas e serviços de saúde, transporte, trabalho, saneamento, mas também intermediar o desenvolvimento de novas concepções sobre esse meio e sua relação com ele. O profissional da saúde não conseguirá contribuir para a modificação desse processo saúde-doença, enquanto não perceber e favorecer a percepção do indivíduo sobre a realidade em que está inserido. É necessário que os atores sejam co-responsáveis pela manutenção de uma relação dialógica e de compartilhamento de saberes, incentivando o indivíduo a protagonizar sua vida e sua saúde (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

CONCLUSÃO

Em uma perspectiva embasada no conceito ampliado de saúde, acreditamos que o desenvolvimento de pesquisas no campo conceitual da saúde é passo fundamental para alcançar as transformações almejadas em relação a atuação profissional nos serviços de saúde no cenário brasileiro atual, uma vez que acreditamos que a teoria e prática se retroalimentam no processo de desenvolvimento do conhecimento. Em relação ao conceito de saúde e seu enfoque biologicista perpetuado na assistência de saúde, alguma mudança na concepção de saúde como ausência de doença pode ser observada devido a esforços do Estado em garantir

políticas públicas para consolidação do conceito ampliado de saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde como a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais nos cursos de graduação em saúde. Todavia, apontamos que há necessidade de aprofundar as discussões acerca dos conceitos de saúde, frente à complexidade que há em romper com as concepções biologicistas adquiridas ao longo da história.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. pp 19-28. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acessado em 27 de Novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em julho de 2012.

_____. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 07 de Junho de 2012.

BACKES et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2009. pg.111-117. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a020.pdf>>. Acesso em: 5 de Junho 2012.

BORUCHOVITCH, Evelyn; FELIX-SOUSA, Isabela Cabral; SCHALL, Virgínia T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. **Rev Saúde Pública** 1991; 25(6):418-25. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v25n6/02.pdf> Acesso em Ago 2012> Acessado em 27 de Novembro de 2012.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Sete Teses Sobre a Educação Sanitária Para a Participação Comunitária. **Cad. Saúde Públ**, v.12, n.1, pp.7-30, 1996. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v12n1/1594j.pdf>> Acessado em: 17 Junho de 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitaria, 2009. 154pp.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; FILHO, Naomar Almeida. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Histórias, Ciências, Saúde**, 2002 maio-ago; vol. 9(2): 315-33. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n2/a05v9n2.pdf>> Acessado em 27 de Novembro de 2012 .

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde – textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. pp. 285-304. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf> Acessado em 05 de Junho de 2012.

EPSTEIN, Issac. Comunicação de massa para saúde: esboço de uma agenda midiática. **Revista Latinoamericana de Ciencias de La Comunicación**. Año V; número 8-9 (Edición Especial 30 anos ALAIC); Enero/Diciembre 2008. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:XG0VcGU3E60J:alaic.net/revistaalaic/index.php/alaic/article/download/77/75+Edici%C3%B3n+Especial+30+anos+ALAIC&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESg6VysK3ez1QjkNM4NI5qGvO-m5LS6w7yEHLEgrmo11t9NPnLT1NAI79XEFCvqXSuthDC0jCjDx_q7IxgUt4bILYK_wnw8loy18VYcOUVEIHe-F8N_2smnbmOyaJEi1gSc&sig=AHIEtbT4c4PHsAtiuP1jGfp1tCPcmSaoYA> Acessado em 28 de Novembro de 2012.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra LTDA, 1967. 150pp. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/df/files/Educa%C3%A7ao%20como%20Pratica%20da%20Liberdade%20pdf.pdf>> Acessado em 01 de Julho de 2012.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs & Health**, 1987; 10:1-11.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 Novembro de 2012.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade Em Saúde Da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 30, jul./set. 2009. pp..153-66, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13>> Acessado em 10 de Novembro de 2012.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. pp. 29-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acessado em 01 de Julho de 2012.

VAZ, Dirley dos Santos; REMOALDO, Paula Cristina Almeida. A geografia da saúde brasileira e portuguesa: algumas considerações conceituais. **GEOUSP - Espaço e Tempo**, São Paulo, Nº 29 - Especial, 2011; pp. 173 – 192. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/geousp/ojs-2.2.4/index.php/geousp/article/view/459/272>> Acessado em 27 de Novembro de 2012.

VENDRUSCOLO, Carine; VERDI, Marta. Promoção da Saúde: representações sociais de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde. **Sau. & Transf. Soc.** 2011; 1(2):108-115. Disponível em:

<<http://periodicos.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/516/669>>
Acessado em 29 de setembro de 2012.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**. In: Rede Universidade Aberta do SUSNA-SUS. Especialização em saúde da família: unidades de conteúdo. Universidade Federal de São Paulo, 2012. Pg. 05.

VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; FILHO, Naomar de Almeida. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2009, 25 Sup 2:S217-S226. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/04.pdf>> Acessado em 29 de setembro de 2012.

WORLD ORGANIZATION OF HEALTH. **Definition of Health**. 1946. Disponível em: < <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> >. Acessado em 07 de Junho de 2012.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Pautadas em um cenário de implantação e adequação de um sistema de atenção à saúde que apresenta princípios e diretrizes estabelecidos em ações que visem a promoção da saúde e, não somente a prevenção das doenças, a reabilitação dos enfermos e o modelo de atenção biomédico, curativista, as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde passam a ser alteradas e implementadas pelo Ministério da Educação no ano de 2001, afim de que os currículos dos cursos formem profissionais adequados com a nova proposta de trabalho do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001).

O SUS se constituiu como um sistema de saúde no Brasil que surgiu devido a uma necessidade de garantir a saúde de forma que as ações fossem centralizadas nos elementos que diminuíssem as causas de doenças ou incapacidades dos indivíduos e das populações. A sua criação ocorreu, tendo em vista as mudanças políticas, sociais, culturais, econômicas da sociedade e dos problemas sanitários que estavam sendo cada vez mais discutidos após o século XIX. Pensando em uma maneira de articular essa proposta de atuação centralizada na diminuição dos elementos causadores de doenças, o sistema único estabeleceu a política de promoção da saúde que desenvolveria seu trabalho partindo de uma concepção ampliada em saúde, visto que essa transformação na sociedade demandava um processo de trabalho que considerava outro objeto central para o desenvolvimento da saúde, pois cada vez mais buscava-se cuidar da vida com a finalidade de reduzir os causadores de doenças (BRASIL,2010).

O conceito ampliado de saúde surge então como objeto de trabalho para o SUS que seria articulado por meio da proposta de promoção da saúde. Esse objeto definia-se a partir das demandas da sociedade que passaram a compreender e considerar os diversos elementos influenciadores do processo saúde e doença (BRASIL, 2010).

Para o SUS, operacionalizar através dessa concepção significa sistematizar o trabalho por meio dos elementos que determinam o estado de saúde-doença dos indivíduos, ou seja, o sistema considera diversos aspectos como, violência, desemprego, renda, situação sócio-econômica, moradia, educação, fome, qualidade do ar, da água, entre outros que constituem o universo do ser humano. Pensando através dessa concepção, ele indiretamente enfatiza que a responsabilidade pela situação de saúde-doença do indivíduo não deve ser definida como exclusividade da sua vontade, pois se considera, pensando por meio dos diversos elementos

que fazem parte da vida dos indivíduos, que as suas escolhas são determinadas, organizadas e elegidas conforme o contexto em que se vive ou a que coletividade pertencem (BRASIL,2010).

Pensando nesse contexto, a produção do trabalho em saúde no sistema vigente busca ampliar seus fatores de atuação considerando e inserindo os problemas, necessidades e os determinantes e condicionantes da saúde, objetivando um trabalho que realize suas ações alcançando as condições de vida dos indivíduos e das suas populações, de modo que por meio disto seja possível que os mesmos possam realizar escolhas saudáveis no ambiente que vivem, visto que o conceito ampliado de saúde visa favorecer e ampliar essas escolhas (BRASIL, 2010).

Essa concepção, por considerar os determinantes socioeconômicos que indiretamente coloca a saúde também como produção social, fomenta a importância da participação dos diversos setores que gerem e constroem as práticas em saúde, além de demonstrar a necessidade de uma articulação intersetorial, tendo em vista um processo complexo de se pensar o processo saúde e doença e que engloba diversos fatores não somente ligados à área sanitária (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, articular o processo de trabalho em saúde com as práticas educacionais curriculares dos cursos de graduação se torna elemento fundamental para garantir que os objetivos do SUS e os seus princípios sejam alcançados, a fim de que os recursos públicos investidos sejam valorizados e que as políticas por ele implementadas sejam efetivas, portanto, considerar o conceito ampliado como elemento objetivo de articulação no trabalho em saúde é considerar e valorizar a busca pela melhoria dos trabalhos realizadas pelo sistema nacional de saúde (BRASIL,2010).

Considerando o processo de construção de um novo sistema de saúde, as diretrizes curriculares foram estabelecidas a partir de diversos instrumentos que foram elaborados para implementarem e legalizarem a política e o exercício do trabalho no sistema único de saúde, como por exemplo a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8.080 de 1990; bem como a Constituição Federal de 1988; o relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 2000, além de documentos que subsidiaram o planejamento político de implantação do sistema de saúde, como o documento da OPAS, Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Rede Unida e, ainda instrumentos que legalizam o exercício das profissões em saúde (BRASIL, 2001)

Dessa forma, considerando os diversos instrumentos influenciadores que estabelecem a política do SUS e valorizam o que o sistema propõe para a efetivação do seu trabalho, as

DCN vêm com os objetivos de orientarem as academias de ensino superior para que as mesmas elaborem os currículos dos cursos de graduação em saúde de maneira congruente às propostas do sistema de saúde em questão, garantindo uma formação de qualidade utilizando conteúdos, habilidades e concepções inovadoras para os currículos que sejam adequadas as condições de trabalho propostas pelo sistema e à nova realidade social que se observa (BRASIL, 2001).

Dentre as novas concepções que se enquadram para as propostas de elaboração dos novos currículos, estão presentes os princípios e diretrizes consideradas pelo SUS e o conceito de saúde que passam a ser elementos fundamentais para a adequação dos currículos, pois os mesmos influenciam em um processo que garante a formação profissional compatível com a abordagem de um sistema que tem em sua constituição o processo de Reforma Sanitária que discutiu uma nova percepção do processo saúde doença (BRASIL, 2001).

As DCN enfatizam durante o processo de elaboração dos currículos que o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS são elementos fundamentais para a efetivação das práticas e políticas em saúde, afim de que se assegure a saúde como direito de todos e dever do estado; a estruturação de uma rede que garanta a integralidade no atendimento aos indivíduos, o que demonstra a importância de considerar a concepção de saúde salientada pelas DCNs, visto que uma concepção elaborada mediante um olhar curativista, tecnicista não considera o indivíduo na sua complexidade, afetando diretamente no princípio de integralidade do SUS. Ainda considerando os princípios e diretrizes do SUS e a concepção em saúde, a partir desses elementos há a busca pela garantia da seguridade da assistência às pessoas de forma a prevenir, recuperar, proteger e promover a saúde, ressaltando que a promoção vem como proposta de atuação ampliada, considerando os determinantes e condicionantes da saúde, de modo que as ações sejam desenvolvidas sobre as condições de vida e as escolhas saudáveis dos indivíduos, implicando novamente na concepção ampliada de saúde que leva a um olhar diferenciado do profissional para a atuação em saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2010).

Sendo assim, com a intenção de desenvolver uma abordagem curricular que tenha interface com o trabalho em saúde que apresenta uma ideologia inovadora de atuação inserindo a promoção da saúde e o conceito ampliado dela, o MEC sugere para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia uma abordagem curricular que vai ao encontro ao mencionado acima quando estabelece que:

Os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos (BRASIL, 2001 pg. 4-5).

Dessa forma, se explicitam as propostas sugeridas pelas DCN que trazem uma ideia de ensino e educação para a graduação que propicie um rompimento com a prática tradicional de ensino, pautadas em um modelo arcaico de atenção à saúde que, dentre a maioria das vezes, eram trabalhados nas instituições de ensino superior de forma a garantir somente a passagem de informações e conhecimentos. Pensando nisso, as DCN trazem uma proposta que propicie uma formação diferenciada, adequada para o sistema de saúde vigente e que forme um profissional habilitado para as transformações da sociedade e para as abordagens contemporâneas, bem como, capaz de atuar com resolutividade e qualidade, pautadas nas políticas e programas do SUS (BRASIL, 2001).

4 METODOLOGIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa descritivo-exploratória busca descrever as características de determinado elemento ou estabelecer relações existentes entre variáveis, a fim de esclarecer e transformar conceitos até então superficialmente abordados; de forma que seja possível elaborar hipóteses mais concretas para estudos futuros (GIL, 1995). A abordagem qualitativa em pesquisa geralmente é direcionada, não se focalizando em medir e quantificar eventos; a partir da obtenção de dados descritivos, resultantes da interação entre o pesquisador e o participante, o pesquisador busca compreender os fenômenos pesquisados sob a ótica do participante da situação, para a partir disso realizar sua interpretação do fenômeno (NEVES, 1996).

4.2. APRESENTAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia dos quais pertencem os sujeitos desse estudo, foram incluídos na Universidade Federal de Santa Catarina, respectivamente, nos anos de 1969, 1969 e 1981. Atualmente todos os três cursos possuem o currículo estruturado de acordo com as recomendações das Novas Diretrizes Curriculares (2001), direcionando o ensino para a formação de profissionais cidadãos críticos e reflexivos, capazes de exercer as competências adquiridas com responsabilidade ética, técnica, pautados em padrões científicos, preparados para participar do trabalho em equipe e atender as demandas de saúde da população.

Enfermagem

O curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina foi criado em 24 de Janeiro de 1969. A pesquisa aconteceu com base no currículo 2004.1, cujo período era composto por 8 fases, totalizando uma carga horária total de 4122 horas/aula. O objetivo do curso é formar um enfermeiro generalista, sensível as demandas de saúde da população, capaz de atender todos os indivíduos de forma integral em todos os níveis de assistência e disposto a contribuir com a construção da profissão através do ensino e pesquisa, bem como da participação nas entidades de enfermagem (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012).

Medicina

O curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina está organizado em módulos, estruturados em 08 fases, além de 04 fases que contemplam os internatos médicos obrigatórios. O curso tem por objetivo formar um profissional generalista, capacitado para atuar em todas as esferas do processo saúde-doença. O currículo visando espelhar-se à maneira de como as demandas de saúde da população se organizam na sociedade e em níveis de complexidade, aborda os conhecimentos aplicados de forma ascendente em complexidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, s/d).

Odontologia

O curso de odontologia passou a funcionar nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina no ano de 1981. Atualmente o projeto político pedagógico estrutura o curso em 10 fases, totalizando carga horária de 5.382 horas/aula (AMANTE, 2006). O objetivo do curso é “formar cidadãos, promotores de saúde capazes de exercer a odontologia dentro de padrões éticos, científicos e técnicos, que atendam as necessidades e aos anseios da população” (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2012). Para isso, utiliza com pressuposto metodológico a formação de cirurgiões-dentistas generalistas, reflexivos, capazes de resolver as principais necessidades da população brasileira, por meio da promoção do trabalho em equipe com os demais profissionais da saúde, de forma a contemplar a população nas suas demandas de saúde (AMANTE, 2006).

A Universidade Federal de Santa Catarina foi escolhida como campo de pesquisa por ser um ambiente expressivo no Estado em formação de Enfermeiros, Médicos e Cirurgiões-dentistas desde a sua criação. É nesse ambiente que o fenômeno em estudo ocorre, uma vez que são abordados em todos os currículos concepções do processo saúde-doença e são desenvolvidas práticas voltadas para o SUS. Também foi escolhida por interesse das autoras, uma vez que as mesmas estão inseridas nesse campo, no qual se iniciaram as reflexões que motivaram o presente estudo.

4.3. SUJEITOS DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A pesquisa realizou-se com discentes regularmente matriculados nos dois últimos anos de formação dos cursos de graduação de enfermagem, medicina e odontologia da UFSC. A listagem dos alunos inclusos na amostragem foi obtida nas secretarias dos respectivos cursos.

Foram incluídos na pesquisa os estudantes destes cursos, tendo em vista a equipe mínima de profissionais de educação superior da área da saúde que compõe o processo de trabalho da estratégia de saúde da família, sendo eles os enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, visto que as unidades de saúde da família desenvolvem as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde que são consideradas características da atenção primária (BRASIL, 1996; BRASIL, 2000).

A seleção se deu por meio do método de amostragem intitulado “Bola de Neve” oriundo do termo *snowball*, tal método é considerado um tipo de amostragem intencional, no qual os participantes previamente contactados podem sugerir aos pesquisadores outros indivíduos que poderiam contribuir para a pesquisa proposta ou que apresentam um potencial para fazerem parte do estudo (MACK *et al*, 2005). Os primeiros participantes foram os representantes das turmas que fizeram parte do estudo. Essa seleção ocorreu de forma aleatória, considerando que a maioria dos representantes de turma têm como uma de suas funções realizar a comunicação com os acadêmicos das suas turmas, além de terem fácil acesso aos contatos dos mesmos, podendo indicar e facilitar o desenvolvimento da coleta dos dados e por serem a referência habitual dos determinados grupos de alunos. Os representantes de turma, após coleta dos dados, indicavam algum novo participante da sua turma ao pesquisador, de forma que o convite aos participantes realizou-se por meio eletrônico, via e-mail, telefone e/ou pessoalmente. Os participantes foram incluídos até que houvesse a saturação dos dados. Participaram do estudo 25 estudantes ao total.

4.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada e análise documental. A análise documental implica no levantamento de dados a partir de materiais que não receberam nenhum tratamento analítico, de forma a extrair e interpretar a informação bruta buscando aplicar-lhe algum valor. A entrevista é um método utilizado para coleta de dados sobre determinado assunto por parte do pesquisador em um encontro com uma ou mais pessoas; a entrevista semi-estruturada baseou-se em um roteiro com algumas questões/guias, quase sempre abertas, podendo ser introduzidas outras questões no decorrer da entrevista. As

entrevistas foram realizadas individualmente nas dependências da Universidade, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise (MARCONI; LAKATOS, 1990).

4.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados qualitativos foram analisados a partir da proposta operativa feita por Minayo (2010), em relação à dados qualitativos.

Dentro da proposta operativa de Minayo situam-se dois momentos para a operacionalização dos dados. No primeiro momento, situam-se as determinações fundamentais do estudo que é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento é denominado de interpretativo e é considerado como o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação, é onde ocorre o encontro com os fatos empíricos. Dentro da fase interpretativa têm-se duas etapas para operacionalizar os dados. A primeira etapa constitui-se em:

Ordenação dos dados - Esta fase inclui tanto entrevistas como o conjunto que se referem ao tema pesquisado. Fez parte dessa fase: transcrição de fitas, releitura do material, organização dos dados em tabelas no Microsoft® Word a partir das semelhanças e disparidades nos discursos. Esta etapa permite que o pesquisador tenha uma visão ampla dos seus dados.

Classificação dos dados - Esta etapa foi composta pelos seguintes passos:

Leitura horizontal e exaustiva dos textos: este é o primeiro contato entre o pesquisador e os seus dados, é o momento em que surgiram as primeiras ideias, sendo possível captar as estruturas de relevância/ideias centrais, para isso o pesquisador deve concentrar-se apenas no seu material em análise. Neste momento foram construídas as categorias que viriam a compor os resultados do projeto. A partir a leitura dos dados, os mesmos foram agrupados em categorias de acordo com as semelhanças e disparidades e as categorias emergiram dos dados sobressalentes em questão de quantidade e relevância.

Leitura transversal: nesta etapa o foram separadas as categorias por “unidades de sentido/temas”, e dispostas as semelhantes nas mesmas unidades estabelecendo relações entre as mesmas. Ao ser realizada a categorização, foi possível filtrar os dados e agrupá-los em unidades de significado centrais, dessa maneira desenhando os temas centrais do estudo.

Análise final: a análise final compreendeu a discussão das categorias utilizando bases teóricas, como o referencial teórico, para esclarecer as unidades de significado que surgiram e estabelecer uma razão científica ao fenômeno estudado.

5 RESULTADOS

5.1. COM QUE CONCEPÇÃO DE SAÚDE VOU ATUAR? VISÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, MEDICINA E ODONTOLOGIA.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde no Brasil define a saúde como direito de todos e dever do Estado a ser garantido por meio de políticas que busquem promovê-la, protegê-la e recuperá-la (BRASIL, 1988). Pensando nisso, o SUS apresenta como eixo fundamentador de suas práticas o conceito ampliado de saúde e, é nesse contexto que se ressalta a importância de discutir sobre o conceito de saúde dos discentes dos cursos da área da saúde, tendo em vista a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais que estão atuando de forma a promover uma mudança nos currículos dos cursos da saúde, a fim de adequá-los às propostas de trabalho do SUS. Esse estudo foi desenvolvido com graduandos dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de um Instituição de Ensino Superior (IES), tem por objetivo compreender o conceito de saúde desses, enfocando as novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas, de forma individual. Os dados qualitativos foram analisados a partir da proposta operativa de Minayo (2010). Dos resultados emergiram quatro categorias definidas como a) Concepção de Saúde como Bem-Estar Individual; b) Concepção de saúde como ausência de doença; c) Concepção de saúde como consequência dos determinantes sociais e; d) A concepção de saúde como conceito complexo. Considera-se que está ocorrendo uma transformação na formação dos profissionais quanto às mudanças conceituais, embora ainda estejam presentes concepções ligadas ao modelo que apresenta a saúde como ausência de doença, refletindo uma visão de saúde que está em processo de transformação articulado à proposta do SUS.

Palavras-chave: Formação de Conceito. SUS. Processo Saúde-Doença. Estudante.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho, desenvolvido com graduandos dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de uma Instituição de Ensino Superior (IES), tem por objetivo compreender o conceito de saúde desses, enfocando as novas Diretrizes Curriculares Nacionais, que visam a formação de profissionais aptos para atuarem no sistema de saúde vigente no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Historicamente o conceito de saúde tem sido utilizado para fundamentar as práticas e programas governamentais que surgiram após a implantação do SUS, dessa forma o SUS tem desenvolvido suas políticas com o intuito de garantir aos usuários assistência integral, tal qual a Política de Atenção Básica e a Política de Promoção da Saúde. Ambas estão apoiadas no

conceito ampliado de saúde que aliado aos princípios e diretrizes do SUS tem norteado os investimentos em saúde nos últimos anos.

Nesse cenário de estruturação das propostas formuladas pelo SUS a partir de uma concepção de saúde e princípios que compõe as políticas a serem implantadas ressalta-se a importância de discutir sobre o conceito de saúde, pois compreende-se que este é ponto de partida para estruturação do sistema.

Essa discussão sobre o conceito de saúde não é recente, se iniciando na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou na Carta de Ottawa em 1986. Esta propõe que para se alcançar a saúde é imprescindível extrapolar o setor de saúde, visto que a mesma é resultante do conjunto formado por ambiente, condições de moradia e alimentação, trabalho, transporte, liberdade dentre outros, ampliando o conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que define a mesma como “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (WHO, 1946; BACKES *et al*, 2009).

Dessa forma, para que se realizem todas as intervenções operativas, considerando um novo sistema de saúde, necessita-se utilizar e considerar esses conceitos para que as mesmas sejam efetivadas, visto que a necessidade de se trabalhar em saúde ocorre através de diversas dimensões, buscando desfazer o predomínio da abordagem biomédica focalizada no adoecer, evitando, assim, práticas de saúde baseadas em modelos estagnados na lógica mecanicista e práticas preventistas (BACKES *et al*, 2009).

Esta concepção biomédica implica em profissionais que ignoram a cultura e o meio social dos indivíduos relacionados com os processos de saúde-doença, buscando tão somente conhecê-las sob o olhar intervencionista baseado no modelo médico-científico, ou seja, reproduzindo o conceito de saúde adequado ao modelo capitalista vigente; dessa forma, reduzindo a adesão dos indivíduos aos programas de saúde (BACKES *et al*, 2009).

Nessa perspectiva, aprovadas em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propõem a reformulação curricular dos cursos superiores em saúde, buscando a adequação dos mesmos aos princípios e diretrizes do SUS, visando à formação de profissionais responsáveis e competentes para realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. Para que isso seja alcançado, é necessário considerar os princípios e as diretrizes do SUS e, principalmente, o conceito de saúde, uma vez que o conceito de saúde é construído durante a formação profissional, apontando a necessidade de serem trabalhados durante esse período questões relativas ao entendimento do que é saúde para cada um (BRASIL, 2001).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Essa pesquisa foi realizada em uma Instituição de Ensino Superior na região sul do país. O critério de inclusão foi os estudantes regularmente matriculados nos dois últimos anos de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia. Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após esclarecimento das implicações metodológicas e riscos dos procedimentos de investigação, foram requisitados a assinar. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada que se baseou em um roteiro com três questões/guias, podendo ser introduzidas outras questões no decorrer da entrevista. As entrevistas foram realizadas individualmente nas dependências da Universidade, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise.

A seleção dos participantes se deu por meio do método de amostragem intitulado “Bola de Neve” oriundo do termo *snowball*. Para identificar os primeiros participantes utilizou-se como critério o título de representante de turma. Os dados foram analisados a partir dos referencial teórico das Diretrizes Curriculares Nacionais para as Instituições de Ensino Superior. A coleta dos dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2012. Ao total participaram do estudo 25 graduandos: cinco (05) acadêmicos do curso de graduação em Medicina; referentes ao curso de graduação em Odontologia participaram ao total oito (08) acadêmicos e, do curso de Enfermagem, participaram ao total 12 acadêmicos. Para identificação dos cursos que compuseram os depoimentos, foram selecionados códigos representativos sendo definidos como: (E) para os alunos do curso de enfermagem; (M) para os alunos do curso de Medicina e (O) para os alunos do curso de Odontologia sendo os alunos identificados como números ordinais distribuídos de modo aleatório.

Os dados qualitativos foram analisados a partir da proposta operativa de Minayo (2010), que se caracteriza por dois momentos operacionais. O primeiro inclui as determinações fundamentais do estudo, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. E o segundo momento denomina-se de interpretativo, pois consiste no ponto de partida e no ponto de chegada de qualquer investigação, representa o encontro com os fatos empíricos. A fase interpretativa apresenta duas etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados, que inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados nas entrevistas, os mesmos foram ordenados e classificados em quatro subcategorias que se referem às diferentes concepções de saúde relatadas pelos estudantes. Dentre elas surgiu a subcategoria de (1) *Concepção de saúde como bem-estar individual* em que os estudantes fazem referência a este tema considerando aspectos particulares ligados à qualidade de vida, bem como aspectos subjetivos relacionados aos fatores que levam cada ser humano a alcançar seu bem-estar; a subcategoria (2) *Concepção de saúde como ausência de doença* foi definida considerando a atribuição que os graduandos dão ao conceito de saúde e doença definindo-os indiretamente como processos intrínsecos, contudo observaram-se extratos de falas em que a saúde foi relatada como oposto de doença. A terceira categoria denominada (3) *Concepção de saúde como consequência dos determinantes sociais* surgiu a partir de discursos que citaram os determinantes sociais como fatores intimamente ligados ao estabelecimento da saúde dos indivíduos, contemplando o conceito ampliado de saúde que considera os mesmos na sua definição; e por fim, a última categoria definida por (4) *Concepção de saúde como conceito complexo* apresenta-se em virtude da dificuldade dos acadêmicos em conceituar saúde, em função da sua complexidade e dinamismo, além de considerarem ser este um termo subjetivo que não se limita à uma definição.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO BEM-ESTAR INDIVIDUAL:

Esta categoria inclui a compreensão de que a saúde é determinada pela qualidade de vida que inclui aspectos objetivos (como as funções do corpo) e subjetivos (principalmente a felicidade), para que estes possam gerar um bem-estar global do indivíduo (CHAGAS *et al*, 2007). Esta percepção compôs o discurso de graduandos nos três cursos.

Os graduandos de medicina (M) apresentaram de modo mais simplista o conceito de saúde como bem-estar, considerando condição individual, do sujeito para ele mesmo:

(M1) - “[...]as pessoas que correm na paraolimpíada por exemplo elas não tem uma perna, mas elas são super saudáveis porque não só porque elas estão ai correndo elas são saudáveis, não porque elas são atletas elas são saudáveis, mas porque elas estão bem consigo mesmo.”

(M2) - *“saúde para mim é a pessoa estar bem, ela pode ter uma gripe, pode ter uma coisa assim, mas se a pessoa está bem ela tem saúde.”*

No curso de odontologia (O), este conceito é complementado quando considera a influência dos ambientes familiar e social para a construção do bem-estar e a felicidade como fator subjetivo, mas demonstra a percepção de sua atuação sobre o indivíduo doente fundamentado no modelo assistencial biomédico, aspectos implícitos no relato:

(O1) - *“o paciente estar bem, feliz, saudável, é tanto no ambiente familiar, social”.*

Os graduandos de enfermagem (E) concordam que saúde:

(E1) - *“Estar bem, se sentir bem, tanto fisicamente quanto psicologicamente em todos os aspectos da vida, economicamente, socialmente, então é se sentir bem realmente.”,*

(E2) - *“É de cada um o entendimento de saúde, mas pra mim saúde é realmente esse conceito do SUS que é o completo bem estar físico, social e espiritual”.*

Porém acrescenta aspecto relevante, afirmando:

(E3) - *“Não dá para dissociar problemas e tem momentos que a pessoa está passando na sua vida, mas ela pode ter saúde, pode ter bem estar tendo problemas”.*

Indicando que não é incompatível a presença de saúde com aspectos que não estejam em harmonia na vida do indivíduo. Essas percepções demonstram o entendimento que a saúde está diretamente relacionada com a subjetividade da felicidade de cada um, sem sofrimento ou dor, compondo assim um bem-estar do indivíduo (CHAGAS et al., 2007).

Para Almeida Filho (2011, pg. 29) “concepções de saúde [...] podem indicar fenômenos ou entidades de interesse científico”, sob o olhar da saúde compreendida como fenômeno, emergem visões de cunho positivo em relação a sua existência. Para este autor, a saúde com enfoque positivo pode condizer com a presença de atitudes como funcionalidades, capacidades e desempenhos.

Atualmente há a preocupação em explorar a dimensão subjetiva da saúde com a perspectiva do trabalho integral na saúde, indo ao encontro dos princípios estabelecidos pelo SUS (BRASIL, 1988), dessa forma, Scorsolini-Comin e Santos (2010) apontam que o bem-estar subjetivo está relacionado a conceitos de felicidade e satisfação, partindo de uma avaliação interna nos quais há classificações de graus de satisfação que a pessoa tem para consigo.

Presentes nas falas dos estudantes dos três cursos há o componente da avaliação individual de saúde como julgamento de satisfação, sendo atribuído como condição *sine qua non* a presença de componentes relacionados aos determinantes sociais ressaltados no conceito ampliado de saúde adotado pelo SUS, refletindo um fragmento da construção do conceito de saúde em ambos os cursos.

(M1) - *“mas elas são super saudáveis, não só porque elas estão aí correndo elas são saudáveis, não porque elas são atletas elas são saudáveis, mas porque elas estão bem consigo mesmo”.*

(E4) – *“o conceito é bem abrangente, quando se fala de bem-estar, e a saúde envolve bem-estar, é muito abrangente, eu acredito que ainda está voltado bastante para o biológico, se olha bastante o individuo individualmente, não se vê o contexto familiar, sendo que a saúde envolve todo o bem-estar da família, socioeconômico, tudo.”.*

Referências à doença se encontram presentes nos conceitos de saúde apresentados pelos acadêmicos. A saúde definida como um “bem-estar” aparece nas falas dos graduandos apesar da presença do componente “doença” na dimensão orgânica do indivíduo. Para Canguilhem (2009) saúde e doença não são conceitos mutuamente exclusivos, o oposto de doença não é saúde, de modo que há possibilidade da existência desses dois estados em um único indivíduo; o contrário de doença é normalidade, um padrão normativo que a terapêutica busca atingir.

Nessa perspectiva, evidencia-se que os acadêmicos compreendem que a saúde e a doença não são mutuamente excludentes, e nessa lógica, que a doença é elemento constitutivo de um quadro geral da saúde, pois, uma vez que a pessoa se considere saudável, estar-se-á minimizando os efeitos negativos que a doença representa ao se exaltar os aspectos positivos atribuídos à saúde. Relatos que corroboram esses achados são apresentados a seguir:

(M2) - *“pra mim é a pessoa se sentir bem assim, ela pode ter uma patologia e tal, mas ela saber que ela tem como contornar aquilo e que aquilo ali vai passar e pronto”*.

(E3) - *“É um bem estar, um estado de bem estar relacionado ao momento que a pessoa vive, nunca vai ser um bem estar total [...] Não dá para dissociar problemas e tem momentos que a pessoa está passando na sua vida, mas ela pode ter saúde, pode ter bem estar tendo problemas”*.

(O3) - *“Tudo interfere na saúde da pessoa, que não é só física. Mental, social também... pra não citar: saúde é o completo bem estar físico, mental, social...”*.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO AUSÊNCIA DE DOENÇA:

Nesta categoria os acadêmicos de enfermagem contemplam a perspectiva de que ter saúde é não ter doença, fundamentado no modelo biologicista, unicausal e Flexineriano que aponta dois estados para a saúde e a doença, os definindo como conceitos opostos, tratando-os de forma separada.

(E5)- *“[...] Tem o conceito médico em que a pessoa que não tem doença ela tem saúde e ela também é vista por aquela parte mais holística mesmo”*.

(E6) - *“é tu estar saudável, tu não ter nenhuma doença degenerativa ou uma doença bacteriana e tu tá em paz consigo mesmo, para viver tua vida, sem nenhum encargo assim, sem nenhum problema...”*.

A corporeidade, o biológico como condição para a saúde também foi apresentado por graduandos da Odontologia e Medicina, além dos da Enfermagem. Esta categoria está representada pelos relatos que referenciam a necessidade de prática de atividade física, ausência de ingestão de medicação, funções corporais perfeitas.

(M3) - *“[...] depois no final do curso é sempre uma enxurrada de especialidades e aí a gente passa a ter a visão de que a saúde é o contrário de doença, então a gente*

deixa de analisar todos os fatores e passa a analisar o processo de saúde e doença só ali no hospital ou no consultório...”.

Estes dados apontam para uma valorização do modelo biomédico, centrado no biológico e ainda hegemônico (MORETTI-PIRES, 2009). Ocorre a fragmentação do ser humano ao se considerar a doença, levando a uma ação curativista, assistencial que apresenta o modelo de trabalho médico que se sustenta através da patologia. Esse relato pressupõe uma formação de caráter reducionista que não compete com as políticas e ações de saúde almejadas pelo SUS (CUTOLO; CESA, 2003).

Além do modelo biologicista, a concepção higienista, preventivista apresenta-se através de relatos de acadêmicos que demonstram conhecimento sobre as variáveis que causam a doença e a manutenção da saúde através da prática física incluída no âmbito da prevenção (CUTOLO; CESA, 2003).

(E8) - *“pra mim eu acho que saúde tem que estar tudo interligado e por isso que eu tento sempre buscar fazer exercício físico, você estar bem, não estar estressado... você tem que saber lidar com tudo eu acho e o físico principalmente, que é o que interliga tudo eu acho, você praticar atividade física e tenta conciliar assim, porque antigamente se praticava muito então se tinha uma vida mais saudável.”*

(O4) - *“a saúde física ela é importantíssima, porque a saúde física influencia em todos os aspectos do ser, inclusive no seu estado emocional. Saúde física tem haver com higiene, com condição de moradia, com condição de transporte, com dignidade ...”.*

Para Fleck (1986) os conceitos dos indivíduos estão relacionados ao período histórico-cultural que se está inserido, bem como para Scliar (2007) que aponta que a saúde difere no seu conceito entre diferentes indivíduos, dependendo dos seus valores e concepções científicas, religiosas e filosóficas, assim como a doença que vem apresentando uma variação quanto a sua definição conforme o processo histórico.

(M4) - *“a saúde da população é determinada pelas relações sociais que a nossa sociedade proporciona, pensando que se você for analisar as várias fases de desenvolvimento da sociedade, cada uma delas tinham doenças características, então*

hoje, uma sociedade extremamente individualizada você tem altas taxas de depressão, então o que acaba determinando é exatamente isso...”.

(E8) - *“em questão de como você tá no estágio, você pensa que a pessoa está saudável se ela não está, por exemplo, tomando nenhum medicamento e tudo mais, a gente tem esse conceito...”.*

Pressupõe-se dessa forma que as experiências realizadas do PET-Saúde e Movimento Estudantil estão intimamente ligadas às concepções diversas dos acadêmicos, portanto, interar-se dos conhecimentos, hábitos, concepções dos indivíduos é importante para que a efetivação da educação superior seja trabalhada por meio dessas experiências vivenciadas, visto que para se gerar uma transformação desses conhecimentos, modificar as crenças e substituir os hábitos é necessário que se trabalhe diretamente com os comportamentos pré-estabelecidos (BRICEÑO-LÉON, 1996), considerando-se que para os currículos que apresentam mudanças na formação não se deve dissociar a prática da teoria e, além disso, é preciso que se conteste o processo de saúde e doença apresentado pelo currículo normativo em que se privilegia o domínio teórico para posteriormente compreender-se a prática (OLIVEIRA et al, 2011).

Exatamente por compreender-se que as experiências levam às concepções, as Diretrizes Curriculares Nacionais vem para induzir mudanças curriculares que rompam com a prática tradicional de ensino que apresenta um modelo arcaico de hierarquia e transmissão de informação que indiretamente presume o acadêmico como ignorante.

Pensando nisso as DCN elaboram uma ideia de ensino que propicie uma formação inovadora, diferenciada que se adéque ao sistema de saúde vigente, afim de que forme um graduando em saúde capacitado para as novas abordagens de saúde propostas nas políticas do SUS (BRASIL, 2001).

Embora esteja presente a concepção oposta de saúde e doença, outros estudantes de Medicina e de Enfermagem são coniventes ao considerarem a doença inserida no termo saúde. Para Canguilhem (2009) a saúde e a doença são consideradas conceitos diferentes, porém a doença está para a saúde como parte integrante da mesma, considerando a doença como um estado temporário da saúde.

(M2) – *“Ela pode ter uma patologia e tal [...]. Então, não é porque ela não tem ausência de saúde, ela só tá com a saúde um pouquinho debilitado naquele momento”.*

(E7) – *“Eu acho que mesmo tu sendo doente tu pode ter períodos que tu é um ser saudável”.*

Dessa forma, saúde e doença aparecem como elementos controversos, visto que para alguns estudantes são definidos como elementos opostos já para outros são elementos que se integram, podendo ocorrer, pois os acadêmicos abordam esse conceito como difícil de ser objetivado, difícil de ser conceituado e ou definido.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO CONSEQUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS:

A definição de Determinantes Sociais de Saúde explicita, de um modo geral, os diversos fatores intrínsecos à situação de saúde dos indivíduos. Dentre os elementos que compõem essa definição estão as condições de trabalho e de vida que incluem saneamento, alimentação, moradia, acesso aos serviços de saúde e à informação; bem como, fatores culturais e econômicos definidos por renda, educação, desigualdades, situações socioeconômicas, atividades de risco; além dos comportamentos individuais, como alcoolismo, tabagismo, alimentação, entre outros. Esses são fatores considerados na situação de saúde e doença que surgiram a partir de um processo sanitário histórico que os define como importantes determinantes da situação de saúde, expressando uma concepção ampla que vai além do enfoque biologicista (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Nessa categoria é possível perceber que os alunos consideram os determinantes de saúde como elementos influenciadores do equilíbrio biológico e para a manutenção de um organismo saudável (CUTULO e CESA, 2003), fazendo referência, mesmo que indiretamente, às políticas de saúde que apresentam os conceitos de determinação social à concepção ampliada em saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

(M1) - *“Família, ela tem suporte social, ela tem uma economia e, ter dinheiro não quer dizer que você seja saudável, por mais que você tenha acesso ao sistema de saúde, você pode ser uma pessoa sozinha, uma pessoa depressiva sem amigos”.*

(E6)- “[...] *problemas de todos os tipos, problemas de corpo, problemas sociais, problemas de trabalho, problemas com a família, todos os tipos de problema, porque tudo isso desencadeia na doença né.*”.

(O2)- “[...] *parte física, é o psicológico, é o contexto familiar, que a gente tem que ter qualidade de vida em tudo, por exemplo, ter uma boa alimentação, ter lazer, ter transporte, enfim, tudo isso...*”.

Estas percepções demonstram que o conceito de saúde ampliado está presente na concepção de alguns graduandos, podendo ser alcançado por meio das diversas práticas realizadas por eles, seja com o currículo referente a cada curso, seja por meio de aulas teóricas, estágios curriculares e de atividades extracurriculares. Todavia, há de se considerar certo silêncio acerca de como tornar operacionais os elementos citados pelos graduandos, embora os currículos desses cursos contemplem nos seus planos de ensino campos práticos que abrangem as unidades de saúde e, dessa forma, oportunizam aos acadêmicos atuarem em consonância com as práticas que envolvem os determinantes de saúde.

Essa fragilidade de operacionalização dos conceitos elaborados pode advir de um reflexo sobre a maneira como está organizada a formação em saúde. As metodologias de ensino adotadas em aulas, quase sempre, contemplam dois métodos, o ensino por meio da utilização de materiais didáticos, autoexplicativos, documentários, artigos científicos, conferências, além de outros considerados métodos formais de ensino; e o ensino por meio das interações que os indivíduos desenvolvem no decorrer do dia, podendo ser expressas como uma conversa informal entre trabalhadores da saúde e moradores das comunidades, nos programas de controle ou pela simples passagem de uma informação. Ambos os métodos de educação, seja por meio direto ou indireto, transmitem uma mensagem que passará a ser captada pelas pessoas que a recebem, contudo, não é sempre que a informação captada permanece fiel à mensagem que se queria transmitir pelo educador. Esse ponto é importante ser considerado quando se pretende analisar a formação dos conceitos pelos graduandos, visto que há influência dos educadores, seja direta ou indiretamente, no desenvolvimento do conhecimento e segurança com a qual o estudante, estará se sentindo ou não capaz de efetuar determinada ação que inclua o determinante de saúde na visão pela qual executará seu trabalho diário (BRICEÑO-LÉON, 1996).

Conforme o supraexposto percebe-se que os graduandos sabem da influência e da importância da determinação social no processo de saúde, entretanto a perspectiva atual do

trabalho em saúde que visa a integralidade no atendimento, a valorização das dimensões humanas e o atendimento complexo, exigindo profissionais que relevem a importância da determinação social para a obtenção da saúde, não é o suficiente para articular as ações através da promoção da saúde que apresenta o conceito ampliado. É necessário que os profissionais articulem suas ações de forma intersetorial, no ambiente e na realidade que o indivíduo se insere considerando-o como agente no seu processo de saúde e doença (MORETTI-PIRES, 2009), o que contrasta com as falas apresentadas pelos estudantes, dentre os quais, a maioria não verbalizou a ideia de o indivíduo como protagonista, responsabilizando somente os fatores que o cercam como elementos influenciadores no processo de saúde e doença (BRICEÑO-LÉON, 1996). Dessa forma, expressando um conceito de saúde, embora atualizado em relação ao modelo biomédico ao considerar outros aspectos da dimensão humana, mas limitado a essas configurações e pouco operacional.

(M3) - *“Eu acredito que a saúde é determinada socialmente...”*.

(M4) - *“Eu acho que é até impossível alguém ter completa ausência de doença, mas a pessoa se sente saudável e as relações sociais que ela constrói são determinantes pra isso [...] e isso é muito mais significativo do que aquela bactéria, aquele vírus que são importantes também...”*.

(E9) - *“Não é só o processo de doença daquele paciente que deve ser discutido, que deve ser tratado da saúde, mas todo o contexto que ele está inserido, onde que ele vive, como ele vai viver...”*

Briceño-Léon (1996) ressalta que há necessidade de empoderar os indivíduos e comunidade para se tornarem agentes da própria saúde, de forma que é necessário que os profissionais da saúde assumam o papel de educador sanitário, ressaltando aspectos positivos e potenciais na comunidade, motivando famílias e indivíduos a realizar um trabalho de promoção da saúde individual e coletiva. Nessa perspectiva o profissional da saúde precisa utilizar de competências para relacionar a importância de incluir os indivíduos nas determinadas escolhas de suas vidas, para que a saúde seja considerada no seu conceito ampliado (BRICEÑO-LÉON, 1996).

Embora esteja presente o discurso de saúde como consequente dos determinantes sociais, é necessário refletir que a determinação social, mais do que um conceito, é a realidade

na qual os indivíduos estão mergulhados. Ao operacionalizar o discurso à prática, estar-se-á acrescentando significado ao trabalho integral e ao conceito ampliado de saúde. De forma que se não há consciência dessa condição, o discurso torna-se vazio e as práticas mecanizadas.

CONCEPÇÃO DE SAÚDE COMO CONCEITO COMPLEXO:

A complexidade inerente ao viver humano exige o estudo de disciplinas específicas sobre sua condição biológica. Porém, estas disciplinas não são suficientes para contemplar o processo saúde-doença que envolve aspectos sociais difíceis de limitar por disciplinas (OLIVEIRA *et al*, 2011). Seguindo este raciocínio sobre o conceito de saúde dos graduandos, principalmente dos cursos de medicina e enfermagem, apresentam a percepção de que saúde se trata de um conceito complexo, por vezes inatingível e ficam evidenciadas nestes trechos:

(M1)-*“É muito difícil de conceituar a saúde...”*;

(E1) - *“Conceito de saúde é uma coisa difícil, se for parar para pensar. Difícil de formular assim. Para todo mundo pode ser diferente.”*.

(M2) - *“Eu acho que é um conceito muito subjetivo, então não sei se tem como falar muito sobre saúde”*.

A discussão de saúde em uma perspectiva ampliada, na qual esta é objeto influenciado não apenas pelas incapacidades funcionais orgânicas, mas resultante de inúmeras interações entre as dimensões biopsicossociais do ser humano, traz consigo o debate sobre - afinal, o que é saúde? - uma vez que ultrapassa conceitos confortáveis como “saúde é ausência de doenças”. Almeida Filho (2011, pg. 125) ao realizar uma síntese sobre os conceitos de saúde abordados e interpretados por filósofos clássicos discorre que “de modo algum o objeto ‘saúde’ revela docilidade e submissão. Tem resistido às tentativas, mais ou menos competentes, de domesticação pelas ciências da estrutura e pelas ciências da interpretação”. A dificuldade em conceituar saúde é um reflexo de sua complexidade e dinamismo.

Ayres (2007) reflete sobre a dificuldade em conceituar saúde, afirmando que a mesma, ao contrário da doença, não possui objetos validados que indicam como fazer algo e, por ser o ser humano dinâmico e incapaz de prever as totalidades que o cerca, visto que cada nova experiência contribui para a reformulação de novos conceitos sobre essas experiências, o

mesmo modifica sucessivamente a forma como compreende a si mesmos e ao mundo em que vive. Nessa perspectiva, a saúde é complexa de conceituar, visto que não parte de um fazer utilizando instrumentos conhecidos, mas sim de um como fazer frente ao inerente processo de mudança aos quais os indivíduos estão suscetíveis (AYRES, 2007).

Partindo dessas perspectivas, é compreensível a dificuldade de conceituar saúde pelos estudantes, uma vez que os mesmos estão inseridos em um ambiente no qual sofrem influência de diversas experiências contrastantes durante a graduação nos campos teóricos e práticos do trabalho em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As transformações na formação dos profissionais da saúde demonstram-se promissoras no campo das mudanças conceituais, principalmente no que se refere à evolução do conceito de saúde. As mudanças ressaltadas se referem a influência das políticas de incentivo das mudanças curriculares propostas pelos diversos segmentos que compõe o SUS e o ensino superior, tanto dentro quanto fora dos limites físicos da universidade. Ressalta-se, porém, que embora exista uma concepção de saúde mais ampla em relação à concepção biomédica, anteriormente característica na formação profissional, essa concepção ainda é restrita quando se salienta um novo modelo “pré-determinado de saúde como bem-estar”.

Essa reflexão aponta que ainda existe uma visão de saúde que está em processo de transformação articulado às práticas e políticas do sistema único da saúde, colocando em questão o trabalho das universidades no processo de implantação e consolidação dos currículos baseados nas propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais, as quais devem sistematizar maneiras de formar profissionais que irão gerir as políticas públicas de saúde em um sistema que é complexo na sua operacionalização, tendo em vista a nova maneira de atuação que se desenvolve por meio da promoção da saúde. Além disso, salienta-se a necessidade de estimular e possibilitar ao estudante exercitar essa visão ampliada de saúde, não somente em discussões teóricas que ampliem sua visão, mas possibilitando experiências aos mesmos que permita vivenciá-la durante a sua formação profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 160p.

AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, pp. 43-62. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lang=pt>. Acesso em 07 de Novembro de 2012.

BACKES et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2009. pg.111-117. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a020.pdf> >. Acesso em: 05 Junho 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em 10 de Novembro de 2012.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 70 de 29 de março de 2012. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_29.03.2012/CON1988.shtm>. Acesso em 10 de Novembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde. 3 ed.** Brasília: Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em 10 de Novembro de 2012.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Sete Teses Sobre a Educação Sanitária Para a Participação Comunitária. **Cad. Saúde Públ**, v.12, n.1, pp.7-30, 1996. Disponível em <<http://www.gices-sc.org/SeteTesesBricenoLeon.pdf>> Acessado em: 17 Junho de 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitaria, 2009. 154pp.

CHAGAS, Osawa. et al. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, pp. 646-50, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019609006.pdf>>. Acesso em 01 de Julho de 2012.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). São Paulo, abril 2008. 216p. Disponível em < <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> > Acesso em 10 de Novembro de 2012.

CUTULO, Luiz Roberto Agea; CESA, André Inocência. Percepção dos alunos do curso de graduação em Medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/154.pdf>>. Acesso em: 10 de Novembro de 2012.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. 43pp. Disponível em <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/recursos/fleck/fleck_introduccion.pdf> Acesso em 10 de Novembro de 2012.

MACK et al. **Qualitative research methods**. 1ed. North Carolina: Family Health International, 2005. p.5. Disponível em <<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/emgox4xpcoyrqspsgy5ww6mq7v4e44etd6toiejyxlhbmks5sdnef7fqlr3q6hlwa2ttj5524xnb/datacollectorguideenrh.pdf>> Acesso em 30 de Junho de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade Em Saúde Da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 30, jul./set. 2009. pp.153-66, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13>> Acesso em: 10 de Novembro de 2012.

OLIVEIRA, José Alberto Alves. et al. A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. **Rev. bras. edu. med.** v.35, n. 3, pp. 398-404, jul./set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022011000300014&script=sci_arttext> Acesso em 10 de Novembro de 2012.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, pp. 29-41. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> Acesso em 10 de Novembro do 2012.

SCORSOLINI-COMIN, Fábio; SANTOS, Manoel Antônio. O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [online], v.18, n. 3, mai./jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_25.pdf. Acesso em 29 de setembro de 2012.

WORLD ORGANIZATION OF HEALTH. **Definition of Health**. 1946. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>. Acesso em 07 de Junho de 2012.

5.2. A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE DE GRADUANDOS NO SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO

RESUMO

Esse estudo objetivou compreender o modo como os discentes regularmente matriculados nos dois últimos anos de formação dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia de uma Instituição de Ensino Superior do Sul do Brasil percebem a construção do conceito de saúde durante sua formação profissional. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados qualitativos foram analisados a partir da proposta operativa feita por Minayo (2010). Emergiram nos resultados duas categorias que definiram como ocorre a construção do conceito de saúde desses acadêmicos, sendo uma; a) *construção do conceito de saúde nas experiências curriculares* e a outra; b) *construção do conceito de saúde nas experiências extracurriculares*. Concluiu-se como resultado da ênfase no desenvolvimento crítico-reflexivo dos estudantes a busca pelos currículos informais, como alternativas às carências experienciadas pelos estudantes no que se refere à dicotomia entre a imersão teórica sobre os diversos conceitos de saúde desenvolvidos e a formação prática. Ainda, percebeu-se uma valorização do conceito ampliado de saúde em somente algumas das disciplinas que compõe, na maioria das vezes, o início da formação curricular.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Currículo. Sistema Único de Saúde. Formação de Conceito. Processo Saúde-Doença.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde como política de saúde tal qual como o conhecemos hoje é resultante de um processo de discussão e embate ideológicos e políticos levantados por diversos atores ao longo da história do desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil (CUNHA; CUNHA, 2001). Nos últimos anos, o SUS tem investido na readequação da formação superior dos profissionais da saúde, em vista da necessidade de se trabalhar em saúde considerando as diversas dimensões que envolvem o conceito de saúde, buscando desfazer o predomínio da abordagem biomédica focalizada no adoecer, e evitar práticas de saúde baseadas em modelos estagnados na lógica mecanicista e práticas curativistas (BACKES *et al*, 2009). Esta concepção biomédica implica em profissionais que ignoram a cultura e o meio social dos indivíduos relacionados com os processos de saúde-doença, buscando tão somente conhecê-las sob o olhar intervencionista baseado no modelo médico-científico, ou seja, reproduzindo o conceito de saúde adequado ao modelo capitalista vigente;

dessa forma, reduzindo a adesão dos indivíduos aos programas de saúde (BACKES *et al*, 2009).

Nessa lógica, é necessário que a atenção à saúde seja adequada ao conceito ampliado de saúde proposto pelo SUS estimulando os conhecimentos voltados à prática em saúde considerando que atualmente essa prática se constrói através da promoção da saúde. E essa mudança na prática requer uma mudança na formação dos profissionais de saúde, já que este é o espaço em que são construídos os conceitos que orientarão a futura prática profissional. Por isso, aprovadas em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) propõe a reformulação curricular dos cursos superiores em saúde, buscando a adequação dos mesmos aos princípios e diretrizes do SUS, visando à formação de profissionais responsáveis e competentes para realizar ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde.

Estão contempladas mudanças desde os conteúdos abordados no processo ensino-aprendizagem, das abordagens metodológicas até o perfil dos graduados, almejando transformações nos cenários de assistência a saúde (VILLA; ARANHA, 2009).

Dessa forma as DCN objetivam que os alunos de graduação em saúde adquiram competências para realizar o trabalho em saúde de forma humanizada e com excelência técnica. Para que isso seja alcançado, é necessário considerar os princípios e diretrizes do SUS e principalmente o conceito de saúde (BRASIL, 2001).

Nesse sentido esse trabalho objetivou compreender como o conceito de saúde é construído pelos acadêmicos dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia utilizando para discussão as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde e documentos institucionais dos mesmos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada com discentes regularmente matriculados nos dois últimos anos de formação dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia de uma Instituição de Ensino Superior. Em vista das várias mudanças curriculares, os participantes da pesquisa são estudantes ingressos nos currículos de 2003.1, 2004.1 e 2007.1, dos cursos de medicina, enfermagem e odontologia respectivamente. O critério de inclusão foi os estudantes regularmente matriculados nos dois últimos anos de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e após esclarecimento das implicações metodológicas e riscos dos procedimentos de investigação, foram requisitados a assinar. As entrevistas foram realizadas individualmente nas dependências da Universidade, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada que se baseou em um roteiro com três questões/guias, podendo ser introduzidas outras questões no decorrer da entrevista. Os dados qualitativos foram analisados a partir da proposta operativa feita por Minayo (2010). Para identificação dos cursos que compuseram os depoimentos, foram selecionados códigos representativos sendo definidos como: (E) para os alunos do curso de enfermagem; (M) para os alunos do curso de Medicina e (O) para os alunos do curso de Odontologia sendo os alunos identificados como números ordinais distribuídos de modo aleatório.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados foi possível categorizá-los na categoria denominada Construção do conceito de saúde. Esta categoria propõe a apresentação dos dados que indicam o modo como os discentes dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia percebem a construção do conceito de saúde durante sua formação profissional. Devido às influências que o percurso de graduação pode receber em disciplinas e estágios obrigatórios, ou seja, curriculares; mas também em atividades que podem compor a formação conforme o desejo e oportunidade em cursos e estágios extracurriculares; essa categoria foi dividida em duas subcategorias: (a) Construindo o conceito de saúde nas experiências curriculares e (b) Construindo o conceito de saúde nas experiências extracurriculares.

CONSTRUINDO O CONCEITO DE SAÚDE NAS EXPERIÊNCIAS CURRICULARES:

Os dados coletados apontam que a formação profissional prevista na grade curricular dos respectivos cursos contribui sobremaneira para a construção do conceito de saúde desses futuros profissionais. Os relatos dos participantes da pesquisa são congruentes entre os cursos quando declaram que a construção do conceito de saúde ocorreu principalmente no início de sua formação profissional e quando atribuem às atividades de inserção na atenção básica suas principais oportunidades de compreender o conceito ampliado de saúde, ou seja, das

diferentes condições biopsicossociais interferindo no processo saúde-doença. Representam estes achados:

[E9] *“acho que ele foi abordado desde a primeira fase? Lá na primeira fase quando tem o cuidado no processo de viver humano I, que é o primeiro contato com paciente na atenção básica, ali já começa a ter uma noção do que é saúde”.*

[M2] *“Tem isso já desde a primeira fase, a gente entra no curso eles já começam a abordar isso nas matérias de saúde e sociedade, que eles explicam assim as diretrizes do SUS, como é que o SUS atua, qual é a competência do profissional médico e isso é até a oitava fase”.*

[O5] *“É abordado nas primeiras fases, nas disciplinas de interação comunitária.”.*

As Diretrizes Curriculares Nacionais (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE, 1997) propõem que os currículos dos cursos superiores devem abranger os elementos que compõe a formação fundamental em cada área do conhecimento de determinada profissão, a fim de ressaltar no estudante a capacidade do desenvolvimento profissional e intelectual de ordem permanente e autônoma. Ao analisar os currículos dos cursos que contemplam o universo da pesquisa, percebe-se a existência de disciplinas que incluem na ementa propostas explícita de abordagem dos conceitos de saúde, bem como, disciplinas com abordagens implícitas nas quais há ênfase nos conhecimentos de caráter particular para formação de cada profissão.

Os participantes do curso de enfermagem quando questionados sobre as disciplinas que abordavam o conceito de saúde destacam as disciplinas de O Processo de Viver Humano I e O Processo de Viver Humano II, que compõe a primeira e segunda fase do curso, respectivamente. Ambas as disciplinas compõe o eixo fundamental do currículo de enfermagem e descrevem em suas ementas como proposta pedagógica a contextualização do acadêmico de enfermagem sobre o processo saúde-doença caracterizado por amplas dimensões, além dos modos específicos de conceituação. Também abordam elementos relacionados aos SUS e suas políticas de saúde nos âmbitos históricos e conceituais, bem como, os diferentes paradigmas envolvidos no campo da atenção a saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2011).

Predominantemente emergiu nas falas dos graduandos de medicina a disciplina de Saúde e Sociedade como espaço de abordagem do conceito de saúde. Segundo o Projeto Político Pedagógico do curso (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, *s/d*), a disciplina de Saúde e Sociedade I compõe o currículo a partir da terceira fase do curso e prossegue até a oitava fase, todavia atualmente a disciplina compõe o currículo 2010.1 desde a primeira fase. Ao realizar uma síntese das ementas dessa disciplina ao longo do curso, destaca-se a presença de aspectos voltados para a abordagem de promoção da saúde, medicina comunitária e estratégia de saúde da família, planejamento em saúde, determinação social do processo saúde-doença, questões de gênero, saúde da mulher e da criança, direitos reprodutivos da mulher, prevenção de doenças, políticas públicas de saúde com ênfase na reforma sanitária no Brasil, aspectos culturais do processo saúde-doença, saúde do trabalhador e epidemiologia (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, *s/d*).

Ressalta-se que paralelamente a disciplina de Saúde e Sociedade, o curso desenvolve desde a primeira fase a disciplina de Interação Comunitária, sendo a mesma considerada como integração acadêmico-sociedade, na qual a Interação Comunitária é compreendida como módulo que *“complementa a compreensão bio-psico-social do ser humano saudável, levando o estudante para a comunidade, para que ele conheça as pessoas, os aparelhos comunitários e inicie suas atividades de territorialização”* (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, *s/d*, pg. 28). O módulo de interação comunitária acompanha os graduandos da primeira até oitava fase; suas ementas abordam, entre outros, momentos de territorialização e troca com atores dos equipamentos sociais presentes na rede de serviço da atenção básica, sistemas de informações da atenção básica, correlação de conhecimentos teórico-práticos com os módulos abordados de acordo com a fase cursada, desenvolvimentos de projetos de educação em saúde, desenvolvimento da relação médico-paciente baseados na ética e bioética (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, *s/d*).

Para os participantes do curso de Odontologia a disciplina de Interação Comunitária é predominantemente a disciplina na qual são abordados os conceitos de saúde. A partir das DCN ocorreu uma notável mudança no curso ao ser inserida a disciplina de Interação Comunitária da primeira a oitava fase. Essa afirmação é respaldada pela fala a seguir:

[O1] *“Desde o começo da faculdade a gente teve uma disciplina chamada interação comunitária e que desde a primeira fase eles abordaram o conceito ampliado de saúde... que agora que tem bastante interação comunitária desde a primeira até a oitava fase a gente tem um maior contato com a saúde pública”*.

As DCN para o curso de Odontologia propõem em sua resolução os conteúdos essenciais para os cursos de graduação, entre outros aspectos relacionados com todo o processo saúde-doença dos cidadãos, devendo para isso contemplar a área das Ciências Humanas e Sociais, nas quais estão inseridos conteúdos que se relacionam com as dimensões do indivíduo e a sociedade, de forma a esclarecer e fortalecer os conceitos de determinantes sociais, cultura, comportamento, níveis individual e coletivo e o processo saúde-doença, entre outros (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002).

Identifica-se que as ementas dessas disciplinas discutem os indivíduos nos cenários que compõe a sociedade, respaldando a influência da cultura, da determinação social, da humanidade nos processos de saúde-doença. Almeida e Soares (2011) destacam que frente às rápidas modificações e necessidades de trabalhar com base nos aspectos subjetivos e objetivos no meio científico, buscou-se adotar uma abordagem dialética contrapondo as abordagens formais de ensino. A abordagem dialética possibilita a discussão nos campos da saúde dos diversos elementos que a compõe, sem que haja, entretanto, a necessidade de excluir os demais elementos, de forma que saúde e doença também podem ser consideradas momentos que compõe a mesma linha, não sendo elementos mutuamente excludentes.

Com isso a mudança curricular na área da saúde buscou desenvolver um modelo que conseguisse integrar as diferenças curriculares entre as disciplinas com o objetivo de atender ao ensino do objeto complexo que é o processo saúde-doença e dessa forma, possibilitar a resposta a questões amplas na educação em saúde (ALMEIDA; SOARES, 2011). Dessa forma, as disciplinas citadas pelos acadêmicos compõem um arcabouço no qual se busca, por meio destas, abordar todos os aspectos considerados “humanísticos” na área da saúde, a começar pelo conceito de saúde e a definição dos processos de saúde-doença.

Há de se pensar que esse tipo de afirmação permite outro ângulo de reflexão, por que as demais disciplinas do curso também não foram consideradas quando questionados os participantes sobre o conceito de saúde? Ao desenvolver disciplinas específicas para a abordagem dos processos complexos que compõe as dimensões da saúde, é retirada das demais disciplinas a “responsabilidade” de abordar tais aspectos no seu ensino, contribuindo para o ensino e construção do saber pelo futuro profissional de forma fragmentada, elemento que aparece de modo implícito nas falas dos estudantes:

[E3] *“ele [o conceito de saúde] foi abordado em diferentes disciplinas na primeira fase, na segunda, na terceira a gente vê de uma forma bem específica e bem pontual”.*

[M4] *“na verdade essa questão do conceito ampliado de saúde a gente tem um pouco de discussão no começo do curso, talvez seja esse o único momento da parte curricular que a gente tenha esse tipo de discussão. Que na primeira fase quando a gente começa a discutir o movimento da reforma sanitária, como se deu o processo da criação do Sistema Único de Saúde a gente acaba abordando um pouco da determinação social do processo saúde doença, a ideia de que, enfim que saúde não é simplesmente ausência de doença, mas é algo muito maior que envolve muito mais elementos. Mas são assim, discussões pontuais em uma disciplina de saúde e sociedade e também de forma limitada, uma ou duas aulas”.*

A partir desses elementos é possível inferir que mesmo atendendo aos propósitos das DCN, as disciplinas que discutem a construção do processo saúde-doença são estruturadas para acompanhar o currículo, durante grande parte da formação profissional, a retenção desse conteúdo como saber específico somente dessas disciplinas não está cumprindo seu papel frente à reformulação da educação em saúde, colaborando para a perpetuação da educação pautada nos aspectos do corpo e da doença, em uma clara dificuldade de superação do modelo biologicista e centrado nas especialidades.

Diferentes conceitos presentes na literatura também compõe a formação desses sujeitos. Conceitos como da Organização Mundial da Saúde (OMS), de determinação social do processo saúde-doença, visão biomédica/tecnicista. Essa congruência entre os cursos também estão presentes nos dados, como exemplificado:

[E10] *“[...] desde a primeira fase os professores abordam o conceito de saúde [...] eles abordam o conceito de uma forma holística, focando mais a saúde [...] ela tem saúde apesar de ter doença, então não é mais aquela ausência de doença, é isso que eles focam...”.*

[M4] *“[...] praticamente todas as nossas discussões sobre saúde são no sentido de um conceito ampliado que as relações sociais que determinam como a pessoa*

adoece e as próprias contradições que o curso proporciona que te levam a pensar nisso: que um conceito biológico de saúde não é suficiente pra dar conta de todas as questões?!”.

[M3] *“[...] mas assim isso é bem incipiente dentro do curso, tem que ficar claro, são exceções porque ao longo do curso a gente tende a ter um conceito muito mais restrito de saúde, muito mais biologicista”.*

[O5] *“[...] hoje se considera um estado de completo bem estar então não simplesmente uma ausência de doenças, mas envolve o lado psíquico, o lado social, como a pessoa se sente em relação ao mundo e também fisicamente, tanto físico, emocional [...]”.*

Percebe-se que durante a formação dos estudantes são abordados pelas disciplinas que compõe a grade curricular dos três cursos, concepções de saúde que incluem o conceito de saúde formulado pela OMS em 1946 na qual saúde não é apenas ausência de doenças, mas é um completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 2003); o conceito ampliado de saúde, em que saúde é compreendida como resultante das condições de moradia, transporte, alimentação e demais condições de vida (BRASIL, 1986); o conceito de determinação social na saúde, além do conceito biologicista de saúde, no qual a imersão teórica é voltada para a compreensão dos distúrbios no organismo e métodos de tratamento das doenças, a fim de reestabelecer a saúde perdida, desconsiderando desse processo a influência das subjetividades do usuário do serviço sobre seu processo saúde-doença.

De acordo com a fala dos acadêmicos de enfermagem, percebe-se que o curso tem buscado desenvolver, de forma mais evidente nas primeiras fases, conceitos de saúde que se adequam ao modelo conceitual adotado pelo SUS, dialogando com os estudantes a partir de conceitos já formulados e introduzindo nas discussões espaço para posicionamento e definição de concepção da saúde como algo além da doença. Todavia, embora isso seja referido pelos alunos, ao observar os conceitos de saúde que os mesmos desenvolveram durante a graduação, percebe-se a limitação que as discussões com base em conceitos referenciados provocam, quando os mesmos espelham-se apenas nos conceitos pré-formulados que foram discutidos nas fases iniciais. Ainda, a limitação de disciplinas com enfoque na construção do SUS e discussões crítico-reflexiva sobre as ações no campo das ciências humanas e sociais faz com que o aluno realize essas discussões somente nas

primeiras fases, permanecendo o restante do curso focando nas disciplinas cujas ementas são voltadas para o desenvolvimento de competências específicas nos campos práticos de atuação da enfermagem, rompendo as discussões entorno dos problemas sociopolíticos da sociedade e do campo da saúde. Esse tipo de processo de educação onde a falta da dimensão política na formação do acadêmico, acaba por traduzir um ensino conservador, com uma perspectiva transformadora ausente e cujo objetivo final concretiza-se com a produção de profissionais instrumentalizados para atuar nos universos do processo de saúde-doença (ALMEIDA; SOARES, 2011), porém carentes de uma visão crítica-reflexiva potencial para transformação da área da saúde vislumbrada pelas DCN (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Os depoimentos dos estudantes do curso de medicina indicam que há nas primeiras fases uma imersão teórica voltada para as questões conceituais sobre o processo de saúde-doença, o modelo biopsicossocial e o enfoque no conceito ampliado de saúde. De acordo com o proposto pelo PPP do curso, durante o primeiro ano da graduação os estudantes são apresentados aos conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde, além dos conhecimentos morfofuncionais do ser humano, porém, é descrito que no segundo ano são iniciados os aprofundamentos teóricos sobre o processo de adoecimento do ser humano, desenvolvidos em cinco módulos que permanecem até o quarto ano de graduação (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, *s/d*).

Assim é possível entender porque é referenciada pelos estudantes a mudança do foco a partir da abordagem do conceito ampliado de saúde nas disciplinas das fases iniciais do curso para uma perspectiva biologicista ao longo do curso. Há nesse momento contradição entre o que é apresentado no PPP do curso e o que é exposto pelos estudantes nos discursos. Essa incoerência pode ser considerada ainda um reflexo do relatório Flexner sobre a formação médica, na qual o termo flexneriano é atribuído aos currículos que apresentam distinta divisão entre um período inicial com disciplinas básicas e outro período posterior focado no aprofundamento de estudos de caráter clínico, além de apresentar aspectos instituídos por este, que incluem o entendimento da doença como processo natural e no qual as dimensões sociais, comunitárias não são consideradas como elementos importantes na determinação do processo saúde-doença (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). As incoerências são, nesse cenário, são compreendidas como produtos da dificuldade que há em superar o modelo hegemônico que se expandiu após o relatório Flexner no ensino superior.

[M3] *“então eu acho que o curso acaba priorizando uma visão das especialidades médicas, a gente tende muito mais a esse modelo biologicista, o modelo flexneriano de ensino... enfim então eu acho que o curso como um todo tende a ter esse padrão muito mais biologicista, fica muito claro assim que o curso mesmo com a reforma curricular e com a tendência da gente ter uma visão mais ampliada em algumas matérias todo restante do curso, inclusive a gente costuma ter essa visão mais ampliada no começo, mas depois no final do curso é sempre uma enxurrada de especialidades e aí a gente passa a ter a visão de que a saúde é o contrário de doença”.*

Dessa forma, destaca-se que mesmo após a modificação curricular adotada pelo curso de graduação em medicina, tende-se a formação profissional centrada no desenvolvimento de competências técnicas e imersão teórica pautado no entendimento de que saúde é ausência de doença e se constitui presente ou não de acordo com o padrão de funcionalidade e capacidade alcançado pelo organismo do ser humano. Todavia, é ressaltado que houve esforços para mudar essas concepções, de modo que é sugerida a intensificação das discussões pautadas no ser saudável e na concepção ampliada de saúde em todos os momentos do curso, de modo a contemplar o proposto pelas DCN e PPP em formar o profissional médico cujo perfil contemple, além das competências para atuar no processo de saúde-doença em todos os níveis de complexidade do SUS, a formação humanista, dotada de princípios éticos e capacitada para desenvolver a assistência de maneira integral (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, s/d).

Em relação ao curso de odontologia, nota-se que há certo distanciamento dos estudantes de discussões mais aprofundadas sobre os conceitos de saúde. Surge nas falas, os conceitos de saúde como bem-estar e do modelo biopsicossocial, porém esses são referenciados pelos acadêmicos como conceitos abordados somente na disciplina de Interação Comunitária, cuja carga horária curricular aumentou, sendo ministrado até o quarto ano do curso. Também surge o conceito biologicista representado pela contribuição seguinte:

[O3] *“a saúde não é ausência de doença, porque a saúde ainda é muito vista dessa forma no nosso curso, não sei como é nos outros, mas no nosso ainda é muito visto né, então a gente percebe isso olhando a forma como os professores nos ensinam sabe, olhando só para aquilo, de como resolver aquele problema”.*

Essa fala condiz com outra contribuição que afirma:

[O6] *“mas aí o restante do curso totalmente voltado para a parte privada, individualismo do tratamento, e essa desconsideração em relação à vida da pessoa e outras coisas, é aquele dente lá e ponto, e isso é bem claro na graduação”.*

Essa contribuição vai ao encontro do que Lima e Souza (2010) afirmam quando consideram que ainda permanece nos cursos de odontologia os resultados da formação acadêmica a partir dos princípios de Flexner, permanecendo frágeis as atividades que promovam a saúde e previnam a doença, uma vez que não são consideradas as implicações do social na saúde dos indivíduos.

Ainda, percebe-se pelo trecho abaixo que a formação do acadêmico de odontologia continua pautada no desenvolvimento de técnicas complexas, muitas vezes não compatíveis com os problemas bucais mais predominantes na sociedade, como destaca o trecho a seguir:

[O6] *“o que importa é você, o que importa é o teu procedimento, o que importa né e tem aquela lista mínima de procedimento que tem que fazer, então acaba assim achando do paciente que talvez não seja o que ele precisa [...] mas enfim tá na lista tem que fazer, então infelizmente é por aí, acaba aprendendo na escola, tomar... ter uma conduta que não condiz com o que se preconiza com o que seria melhor para o paciente”.*

É possível traduzir que a formação se apresenta como contraditória ao aluno, por apoiar-se em teorização conceitual da saúde em um conceito ampliado, e por outro lado, apresentar em sua prática clínica a visão tecnicista e individualista do profissional cirurgião dentista.

Algumas críticas aos currículos dos cursos de medicina e odontologia também foram apresentadas como falhas ainda presentes na formação apesar da modificação curricular conforme orientam as DCN. As falas dos estudantes apontam para uma situação na qual, embora os conceitos de saúde sejam discutidos nas fases iniciais, as demais disciplinas do curso orientam a formação tradicional, restrita a adoção de metodologias para o desenvolvimento do conhecimento teórico e técnico, limitadas a um campo do conhecimento, privilegiando o biológico em detrimento da concepção integral do indivíduo no seu processo de saúde-doença, dessa forma, perpetuando o modelo Flexneriano de ensino:

[M3] *“Tem algumas fases, por exemplo, que essa disciplina aborda epidemiologia, forma clássica de epidemiologia então com uma visão menos crítica [...] o curso acaba priorizando uma visão das especialidades médicas, da em que enfim, a gente tende muito mais a esse modelo biologicista, o modelo flexneriano de ensino”.*

[O6] *“tudo assim, desde o próprio procedimento que a gente faz, o planejamento, já é nada voltado para o que seria uma unidade de saúde, é totalmente voltada para clínica privada, então isso vai desde as fases iniciais com imersão teórica; a interação comunitária até que da uma refletida como que faz o sistema de saúde; os professores até relativizam e incentivam para a gente ir para a área da saúde pública, mas aí o restante do curso totalmente voltado para a parte privada, individualismo do tratamento, e essa desconsideração em relação a vida da pessoa e outras coisas, é aquele dente lá e ponto, e isso é bem claro na graduação”.*

De acordo com Albuquerque *et al* (2009) na formação em saúde deve-se destacar a valorização de diferentes disciplinas. Geralmente as disciplinas que abordam aspectos biológicos e orgânicos, apoiadas nos procedimentos de cunho tecnicista são as que detém maiores espaços e investimentos da academia, isso porquê pouco valor se dá as disciplinas que abrangem aspectos do campo reflexivo e ético, da humanização e determinação social. Esta visão é reforçada na afirmação de Passos e Cutolo (2012, pg. 14) “a transição para outro território de formação e de prática ainda enfrenta a sedução causada pelo ‘status’ de especialista e pelos rendimentos como um resultado da formação ultraespecializada”.

Dessa maneira, se avalia que apesar das proposições das Diretrizes Curriculares Nacionais terem sido publicadas há uma década, as transformações requeridas pelo Sistema Único de Saúde para a formação dos profissionais da saúde ainda permanecem incrustadas na formação tradicionalista e biologicista, atribuindo maiores valores as especialidades e menor valor ao subjetivismo e determinação social da saúde. Para Cutolo e Cesa (2003) a diferença entre a formação que se tem e a visão de formação desejada para e pelo SUS está na concepção do processo de saúde-doença, pois para que ocorra transformação e uma possibilidade de funcionamento efetivo do SUS é preciso que as instituições de ensino superior e professores, mais do que conceitos teóricos, desenvolvam com os estudantes conceitos que abordem o cotidiano desses futuros profissionais, dessa maneira contribuindo para a melhoria da saúde da população.

No curso de enfermagem a avaliação dos acadêmicos sobre a formação nas disciplinas em relação aos conceitos apresentados foi diferenciada. Os alunos avaliaram que abordagens holísticas, considerando a saúde em seu conceito ampliado, foram trabalhadas em todas as fases do curso, não havendo referência a tendência de especialização dentro das disciplinas que compõe o currículo, indo de encontro ao que propõe as DCN do curso de enfermagem (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001). O perfil do enfermeiro egresso desejado é do profissional generalista, crítico-reflexivo, dotado do rigor científico e perfil humanista, capacitado para atuar nas demandas do processo saúde-doença prevalentes no cenário nacional. Essa constatação é confirmada pela seguinte fala:

[E11] *“Eu acho que o nosso curso é muito bom, ele traz isso de uma forma ampliada desde sempre (conceito de saúde), acho que desde a primeira aula ele pergunta isso pra ti e a gente sempre vem com aquela ideia de quando a gente entra na faculdade de que ter saúde é não ter doença, e junto a gente vai construindo esse outro conceito, eu acho que quando a gente sai daqui, sai muito mais preparado para atuar profissionalmente, sai preparado para atuar no SUS; não é um currículo fechado, não foca em particular sabe, em coisas particulares, sempre te direcionando em sentidos públicos, as políticas públicas, a gente tem bastante aula sobre isso, bastante discussão sobre isso, acho que ele é muito bom”.*

A desarticulação de conteúdos entre as diversas disciplinas que compõe os cursos de graduação é resultante da autoafirmação dos saberes e compartimentalização dos mesmos pelas disciplinas, dificultando ao estudante realizar a conexão necessária entre os diversos conhecimentos (ALBUQUERQUE *et al*, 2009). Essa compartimentalização pode ainda ser reforçada pela abordagem instrumental apresentada pelos professores em suas áreas do saber, prejudicando e impossibilitando a articulação do conhecimento para uma visão ampliada de saúde pública (ALMEIDA; SOARES, 2011).

A partir do supra exposto, é destacadas a necessidade da abordagem integral durante a formação acadêmica dos saberes que tangem a área da saúde, a fim de formar um profissional, cujo perfil perpassa competências como capacidade de:

Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada

caso em todos os níveis de complexidade do sistema (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001, pg. 3).

É necessário que o estudante seja orientado desde a sua formação acadêmica com um olhar ampliado, reconhecendo que a saúde e a doença se manifestam nas diferentes dimensões humanas, incluindo as biológicas, psíquicas e sociais, necessitando estar o profissional médico capacitado para desenvolver a medicina baseada em evidências, com excelência técnica e humanística que o SUS almeja.

CONSTRUINDO O CONCEITO DE SAÚDE NAS EXPERIÊNCIAS EXTRACURRICULARES:

Os sujeitos deste estudo, independente dos cursos de graduação, apresentaram a formação extracurricular como contribuição para a construção do conceito de saúde. Percebe-se que o conceito de bem-estar é o que está mais presente no discurso dos acadêmicos dos três cursos, apontando para um processo de mudança conceitual da saúde historicamente pautada em conceitos que ressaltavam as características biológicas. Embora as falas apontem para a inclusão dessa característica subjetiva de saúde, nota-se que há dificuldades de operacionalizar o discurso na prática, momento no qual o conceito biologicista é fortalecido pelos modelos curriculares e pedagógicos utilizados. Todos os apontamentos feitos corroboram a percepção de que a formação e a prática devem estar integradas para a modificação que parta de um conceito biologicista de saúde para um conceito ampliado de saúde em concordância com as DCN e principalmente com o SUS.

Diversas oportunidades extracurriculares foram citadas. Como unanimidade entre os cursos está a experiência do PET-Saúde¹ como fonte rica de compreensão do conceito ampliado. Isso nos faz refletir sobre a necessidade de se instaurar em todos os cursos da saúde períodos de atuação na atenção básica, nível de elevada complexidade que permite a criticidade e libertação, devido aos atos de criação, recriação e decisão que são estabelecidos pelo indivíduo estar com o mundo e estar no mundo. Dessa maneira ele não estará submetido às concepções pré-estabelecidas que são impostas pela sociedade moderna e meio da realização da prática, que apresenta um trabalho interdisciplinar e dinamizado, que amplia a ótica sobre a saúde, o indivíduo liberta-se do habitual, dos vícios exteriores e passa a trabalhar com o que considera adequado (FREIRE, 1967).

Freire (2002) afirma que enquanto o ser humano existe e não somente vive, ele possibilita a comunicação com o mundo objetivo, podendo ocorrer por meio de um diálogo

que só se contemplará quando o indivíduo estabelecer o ato de existir. Dessa forma, ele estará no mundo e com o mundo, possibilitando por meio do existir e do diálogo o ato de criticidade, conforme os relatos abaixo:

[M4] “[...] o PET saúde foi um momento em que a gente conseguiu fazer um pouco esse debate, justamente porque você estando dentro da comunidade, participando dos conselhos locais de saúde, você vendo que aquela pessoa ela não tá doente por culpa dela, que enfim, que a própria medicação não é suficiente pra resolver o problema dela...”.

[E7] “[...] agora eu to no PET e no posto de saúde dá pra ver bem o conceito de saúde que não é só o físico também, daí a gente trabalha saúde mental, saúde física, saúde em todos os sentidos, saúde ampla da pessoa assim”.

[O1] “Extracurricular foi o PET, que de certa forma a gente também aprendia o que é saúde. Como os profissionais de lá tratam os pacientes, a gente de certa forma entende o que é saúde para eles, mas não tive nenhum tipo de aula teórica ou nada que explicasse ou ensinasse pra gente teoricamente o que é saúde, e sim a vivência da prática”.

Dessa forma, percebe-se a importância da prática em unidades básicas de saúde, visto que a atenção primária incorpora-se ao SUS buscando reorientar o modelo assistencial, assumindo, portanto, um caráter de ruptura com as práticas hegemônicas, curativistas da saúde, pois adota novas tecnologias para serem utilizadas no trabalho e possibilita ao discente oferecer uma assistência de forma integral e continuada, favorecendo e fomentando uma concepção ampliada da saúde (ALVES, 2005).

Embora as unidades de atenção primária sejam relatadas como transformadoras do conceito de saúde, para o curso de enfermagem também houve a experiência dos campos práticos hospitalares compondo uma oportunidade para sensibilizá-los quanto às limitações que o conceito de saúde biologicista tem diante da diversidade de fatores que influenciam a saúde dos indivíduos. Esse é um fator importante a ser considerado, pois rompe com a visão de que o hospital é o lugar de cura e doença, considerado em outros momentos históricos como o melhor espaço para formar os acadêmicos da área da saúde, visto que fomentava as práticas na clínica tradicional médica, influenciava o graduando a uma visão topográfica que

definia o indivíduo como a soma de suas partes e desconsiderava a importância da atenção integral (BONFANDA, 2012; CUTOLO e CESA, 2003).

Embora o hospital apresente uma visão que remete ao curativo; a sua função dentro da rede de atenção à saúde como ampliador do conceito não deve ser minimizada, uma vez que para o SUS todos os campos de assistência são importantes para a estruturação dessas redes, sendo que para se alcançar a integralidade do cuidado é necessário que considerem a função do hospital, pois ele faz parte da rede de articulação intersetorial que garante uma prática integral no trabalho da assistência (BONFANDA *et al*, 2012).

[E7] “[...] eu fiz bolsa no HU, na Clínica Cirúrgica I, que assim, a gente vê de perto a rotina do hospital, a gente vê a falta de saúde das pessoas porque se elas estão ali elas estão com um problema, mas nem sempre é um problema físico. Então aí eu vi que saúde não é só físico, saúde engloba várias outras coisas em um ser, não só a parte física”.

[E3] “Sou bolsista da emergência do HU que tem um foco totalmente diferente da bolsa que eu tive anteriormente, não se vê muito a multidisciplinaridade lá, mas são visões que me permitem ter sobre a saúde, me permitem ter diferentes visões sobre a saúde, sobre o que é a saúde”.

Percebe-se que a prática vivenciada no hospital está intimamente ligada com a percepção dos acadêmicos sobre os diversos fatores que influenciam o processo de saúde e doença dos indivíduos, levando indiretamente a uma concepção que amplia os conceitos dos estudantes sobre os diversos influenciadores da saúde. Essa prática hospitalar possibilitou aos acadêmicos estar com o mundo e a partir disso conhecerem, se ambientarem e trabalharem sobre os diversos fatores que existem no campo da assistência hospitalar, possibilitando a transformação dos conhecimentos e saberes, modificação de crenças e de hábitos a partir de uma educação que considera os conhecimentos e as vivências prévias dos indivíduos (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Conforme os relatos abaixo apresentados, quando os estudantes realizam atividades extracurriculares eles conseguem se ambientar, relacionar e atuar no mundo em que estão levando à compreensão dos diversos âmbitos relacionados à saúde.

[E6] “[...] eu sou bolsista de um grupo de pesquisa que trabalha com saúde coletiva e eles trabalham muito com essa questão da humanização, tu promover um atendimento, uma melhor comunicação entre o gestor e o trabalhador de saúde pra que ele possa promover um melhor serviço de saúde para o usuário”.

É possível afirmar que a formação está de acordo com o princípio das DCN quando esta se propõe a “fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão” (BRASIL, 2001 p.3), como aparece nos relatos dos discentes. Ainda, considera-se que essas atividades não atuam somente agregando conhecimentos e valores ao acadêmico, mas acima disso representam uma contribuição para a sociedade (COSTA *et al*, 2012).

Para Briceño-León (1996) esta contribuição não ocorre de uma forma unidirecional que propicie somente a educação do aluno, pois quando se realizam experiências de práticas educativas em comunidades de características diversas, o discente percebe os diferentes conhecimentos que os indivíduos pertencentes dessas comunidades possuem, vivencia outra dinâmica de vida, outros hábitos e processos de organização. Dessa maneira o acadêmico também dotado de conhecimento referente às suas experiências de vida, quando em contato com as pessoas dessas comunidades irá gerar uma transformação dos próprios saberes que se dará em um processo bidirecional, pois ambas as partes sofrem uma transformação quando em contato com diversas visões de compreensão do mundo.

[M2] “[...] eu participei de um projeto que a gente pegava uma escuna, um barco e ia visitar as comunidades ribeirinhas... aí via realmente que a saúde e doença, essa relação é muito particular, por exemplo: pra uma tribo indígena, ali da floresta amazônica é outra, pros Ribeirinhos é outra, então eu tive o privilégio de ver essa diferença muito gritante. Entre a cidade, os índios, mais os ribeirinhos você vê que é muito particular”.

[E1] “[...] a minha bolsa de extensão [...] no centro de saúde da Lagoa que era um atendimento a pessoas com hipertensão e diabetes. Era um atendimento de enfermagem e a gente convidava essas pessoas a participarem de uma consulta, justamente para falar sobre saúde, para perguntar se elas se sentiam saudáveis, o que era estar saudável para elas... então isso de certa forma me ajudou a procurar um

pouquinho sobre todo esse meio e oportunizou a ter mais interesse em buscar por esses conceitos”.

Os sujeitos do curso de medicina apresentaram experiências extracurriculares ligadas ao movimento estudantil que contribuiriam para a construção do conceito de saúde, o que repercutiu também em uma maior criticidade dessas oportunidades em sua formação curricular.

Para alguns, essas experiências passam a ser realizadas tendo em vista as fragilidades que o curso apresenta em seu currículo ou pela necessidade do estudante em incorporar o papel psicossocial, inserindo esta na sua prática médica e na dos futuros colegas, bem como para ampliar o objeto pelo qual se desenvolve a prática de trabalho médico (HAMAMOTO FILHO, 2011).

[M3] *“[...] eu entrei no CA pelos problemas que eu via no curso, como costuma ser para a maioria das pessoas, mas aí participando do CA eu fui convidado a participar de um encontro regional da DENEM e aí ampliei pra caramba minhas perspectivas participando de encontros [...] mas sempre foi uma experiência muito rica, porque acho que o movimento estudantil é importante pra você, acho que temos que prezar pra vida toda que a gente tem que ser ator do que a gente tá inserido [...] a gente sempre falava da história do SUS; a gente sempre debateu bastante os rumos que o SUS tem tomado e que são rumos de construção do sistema de saúde então a partir disso a gente acaba discutindo saúde e sociedade”.*

Essa busca discente por elementos que supram as fragilidades dos componentes curriculares é denominada por Peres, Andrade e Garcia (2007), como currículo informal. O mesmo afirma que esse currículo proporciona estímulo pela busca de elementos que não estão somente sistematizados e/ou projetados no plano pedagógico, além de proporcionar novas experiências e autonomia. Para os estudantes, realizar tarefas que estejam ligadas à organização desses eventos leva a complementação do currículo, dos quais alguns alunos consideram incompleto, além de promover a integração e socialização entre diversos acadêmicos, considerando ainda que essa socialização responderia a diversos questionamentos encontrados pelos acadêmicos nos seus respectivos cursos, bem como, seria um elemento fomentador, crítico, esclarecedor de determinados assuntos para a prática profissional médica.

[M4] “[...] principalmente o movimento estudantil, então a gente sempre organiza essa semana de acolhimento dos calouros e esse é sempre o tema principal do debate e dentro da DENEM que é a nossa executiva que eu to compondo a gente faz muito esse debate da determinação social do processo saúde e doença”.

Conforme Filho (2011) a ampliação do conceito de saúde é possível quando o acadêmico passa a atuar, a estar com a comunidade buscando realizar uma transformação que reflita na sociedade e que também seja atuante na busca da promoção da saúde, dessa forma, os coletivos e os métodos de formação criados pelos estudantes atuam diretamente como mediadores do alcance dessa concepção, como pode ser observado na fala a seguir:

[M3] “[...] então eu acho que é isso é participar do centro acadêmico, participar da DENEM que é a executiva de Medicina que eu tive essa possibilidade de ampliar o conceito de saúde e quem dera todos os cursos da saúde tivessem como central essa questão da determinação social”.

[M4] “[...] do CALIMED (centro acadêmico de Medicina) acaba sendo, tem pessoas de todas as fases que participam, mas principalmente o pessoal mais novo, a gente procura ter essa abordagem na semana de acolhimento dos calouros; o pessoal vem meio empolgado e até porque eles não receberam ainda toda aquela dose de biologicismo que eles vão ter durante o curso então a gente acaba conseguindo fazer umas transformações principalmente com o pessoal das primeiras fases, primeira, segunda, terceira e quarta costumam participar bem dos espaços, lógico que tem, mas é ainda minoria da minoria”.

O conceito ampliado de saúde passa a ser revelado quando os estudantes inseridos nesses coletivos apresentam a importância de realizar formações que incluam todos os cursos da saúde, promovendo a interdisciplinaridade, além de destacar a saúde de uma forma ampla quando percebem a necessidade da inserção de diversos cursos nas discussões.

[M3] “[...] depois teve o CASA que eu participei no começo que daí era parecido com o CAIS, mas mais vinculado aos centros acadêmicos da saúde que também sempre foi uma, uma experiência rica, mas em ambos os grupos a gente sempre abordou muito

a questão da luta pelo SUS e da luta contra desconstrução do SUS, e a gente chega na discussão da sociedade e chega na ideia de que a gente precisa se organizar não só dentro de um curso, mas dentro de todos os cursos pra lutar por um sistema de saúde”.

No curso de odontologia, os dados relacionados à formação do conceito de saúde a partir de práticas extracurriculares foram incipientes. Essa situação impele a reflexão do porquê os acadêmicos de odontologia não citarem as atividades extracurriculares como importantes a par do currículo formal de ensino. Não é possível afirmar que não há estímulo a essas atividades, uma vez que os programas como o PET-Saúde são desenvolvidos também no curso.

Embora isso aconteça, é perceptível a importância da realização de atividades extracurriculares, sejam elas de cunho prático, de vivências ou de formação ligadas ao currículo informal, como formadoras e transformadoras da concepção de saúde dos graduandos nos três cursos em que se desenvolveu o estudo, visto que a realização dessas atividades promovem a socialização e discussão fomentando um olhar mais crítico sobre a complexidade do conceito em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde como objeto complexo recebe inúmeras conceituações e também diversas vezes é considerada como algo tão subjetivo que é impossível lhe atribuir um significado genérico. Os diversos elementos encontrados apontam que os cursos da saúde ainda carecem de maior ênfase nas discussões sobre o objeto que supostamente é o foco da sua formação. A valorização da determinação social e da necessidade de pensar no homem para além do corpo e das doenças que possui parece estar se constituindo como uma disciplina básica no início da formação profissional, limitando-se a esse momento.

Como resultado da ênfase no desenvolvimento crítico-reflexivo dos estudantes, revelam-se durante a graduação os currículos informais, como alternativas às carências experienciadas pelos estudantes no que se refere à dicotomia entre a imersão teórica sobre os diversos conceitos de saúde desenvolvidos e a formação prática, a qual também foi considerada oportunidade singular para desenvolvimento do olhar crítico e humanizado ao usuário. Projetos que buscam inserir os acadêmicos no universo do Sistema Único de Saúde tem conseguido diminuir essas carências, ou pelo contrário, tem evidenciado a importância dessas experiências de campo aos discentes e docentes, de forma que maiores investimentos

do governo e Instituições de Ensino Superior são importantes para consolidar um modelo de atenção que satisfaça as demandas da população.

Estudos dessa magnitude suscitam a necessidade de (re)pensar para quais tipos de serviços de saúde se está querendo formar os profissionais da saúde. Mais importante que o ato de conceituar o que determinada palavra significa, é necessário compreender o que ela representa nos espaços destinados ao seu fomento. Entender que tipo de profissional se está formando é o primeiro passo para realmente transformar o Sistema Único de Saúde, sendo necessário para isso, compreender “de que forma” e “com qual relevância” a saúde é introduzida nesse sistema.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Verônica Santos, et al. Currículos disciplinares na área da saúde: ensaio sobre saber e poder. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.261-72, out./dez. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a03v1331.pdf>>. Acesso em 16 de novembro de 2012.
- ALMEIDA, Alva Helena de; SOARES, Cássia Baldini. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 19, n.3, maio-jun 2011. [08 telas]. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_22.pdf>. Acesso em 14 de novembro de 2012.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.16, set.2004/fev.2005, pp.39-52. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04>>
- BACKES, Marli Terezinha Stein, *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2009. pp.111-117. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a020.pdf>>. Acesso em 05 de Junho de 2012.
- BONFANDA, Diego, et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.2, 2012, pp. 555-560. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>> Acessado em 16 de novembro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais)
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em 08 de Junho de 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.048, de 3 de Setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em 27 de Junho de 2012.
- _____. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde**. Brasília; 2008. Disponível em <http://sumarios.org/sites/default/files/pdfs/32213_4144.PDF> Acessado em 11 de Dezembro de 2012.
- BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Sete Teses Sobre a Educação Sanitária Para a Participação Comunitária. **Cad. Saúde Públ [online]**. 1996, vol.12, n.1, pp.7-30. Disponível em < <http://www.gices-sc.org/SeteTesesBricenoLeon.pdf>> Acessado em 17 de Junho de 2012

COSTA, Bartira Ercília Pinheiro, et al. Reflexões sobre a importância do currículo informal do estudante de medicina. **Sci Med**, v. 22, n.3, 2012, pp. 162-168. Disponível em :< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/10052/8190>> Acessado em 16 de Novembro de 2012.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde – textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. pp. 285-304. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf> Acessado em 05 de Junho de 2012.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea; CESA, André Inocencia. Percepção dos alunos do curso de graduação em medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 75-89, 2003. Disponível em: < <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/154.pdf>>. Acesso em julho de 2012.

HAMAMOTO FILHO, Pedro Tadao. Ligas acadêmicas: motivações e críticas a propósito de um repensar necessário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, 2011, pp. 535-543. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a13v35n4.pdf> > Acessado em 16 de Novembro de 2012.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra LTDA, 1967. 150pp.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25ª edição. São Paulo: Editora Paz e Terra LTDA, 2002

LIMA, Emeline das Neves de Araujo; SOUZA, Elizabethe Cristina de. Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **RGO - Rev Gaúcha Odontol.** (online), Porto Alegre, v. 58, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n2/a15v58n2.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO (BR). Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CES nº 776, de 3 de dezembro de 1997: Orientação para as diretrizes curriculares dos Cursos de Graduação**. Brasília-DF, 03 de dezembro de 1997. Pg. 01-04. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>>. Acesso em Julho de 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Conselho Nacional de Educação. **Resolução n.º 3, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p.37-8. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em Julho de 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário

Oficial da União, Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Disponível em: <
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em Julho de 2012.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 19 de fevereiro de 2002: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia.** Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10. Disponível em: <
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em Julho de 2012.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 492-99, 2008. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2012.

PASSOS, Henrique; CUTULO, Luiz Roberto Agea. Enfoque Ecológico da Saúde. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.2, p.04-16, 2012. Disponível em: <
<http://portal.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/1085/1765>>. Acesso em 16 de novembro de 2012.

PERES, Cristiane Martins; ANDRADE, Antonio dos Santos; GARCIA, Sérgio Britto. Atividades extracurriculares: multiplicidade e diferenciação necessárias ao currículo. **Rev. bras. educ. Med**, vol.31, n.3, pp. 203-211, 2007. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acessado em 16 de Novembro de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina [resumido].** s/d. Pg. 01-117. Disponível em: <
<http://www.medicina.ufsc.br/projeto-politico-pedagogico/>>. Acesso em Julho de 2012.

VILLA, Eliana Aparecida; ARANHA, Antônia Vitória Soares. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 2009. pp.680-7. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/09.pdf>>. Acessado em 07 de Junho de 2012.

WORLD ORGANIZATION OF HEALTH. **Definition of Health.** 2003. Disponível em: <
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> >. Acessado em 19 de novembro de 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise a partir da construção e compreensão dos conceitos de saúde atribuídos pelos estudantes permite concluir que conceituar saúde ainda é uma tarefa difícil frente à diversa complexidade que envolve esse objeto. As Instituições de Ensino Superior, em consonância com as propostas do SUS para a reformulação da formação profissional para a saúde, aderiram às mudanças curriculares propositadas pelas DCN e incrementaram nos seus currículos disciplinas cuja discussão de saúde perpassa desde a determinação social ao conceito ampliado adotado pelo SUS, enfocando a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir das reformulações curriculares, percebeu-se nos discursos dos estudantes uma incipiente transformação do conceito de saúde em direção a uma visão integral do processo saúde-doença, a mesma saúde que outrora fora definida como ausência de doenças. Todavia, é ressaltado que ainda permanece nos novos currículos a imposição hegemônica das disciplinas que abordam a saúde no âmbito biologicista e individual, embora os estudantes tenham atribuído outros elementos ao conceito de saúde, destacando-se o conhecimento sobre a determinação social e a qualidade de vida, demonstrando, portanto, uma concepção que vai além do postulado “saúde como ausência de doença”. Nota-se que essa concepção não é unanimidade entre os estudantes, havendo elementos nos discursos que fazem referência a saúde como ausência de doença, resultantes das dificuldades em atribuir durante a formação valores equivalentes entre as disciplinas cujas discussões abordam aspectos ligados a construção do conceito de saúde intergral e humanístico, ético e social e as disciplinas que transmitem os conhecimentos teóricos tecnicistas e sobre as quais há um sistema de cobrança maior.

Conclui-se, portanto, que ainda se encontram em consolidação e adequação os meios para melhor operacionalizar nos currículos da saúde uma formação profissional direcionada para que os estudantes aprendam a atuar em consonância com a proposta de trabalho do SUS, integrado a política de promoção da saúde, sustentada pelo conceito ampliado de saúde. A partir do discurso dos acadêmicos, se ressalta que as transformações identificadas estão intimamente ligadas às políticas e programas de saúde, originadas pelo Sistema Nacional de Saúde, além das atividades extracurriculares desenvolvidas pelos estudantes como alternativas às carências experienciadas pelos estudantes no que se refere à dicotomia entre a imersão teórica sobre os diversos conceitos de saúde desenvolvidos e a formação prática. De modo que ressaltamos a importância de incluir nos currículos dos cursos de graduação elementos

que busquem permitir o desenvolvimento de um conhecimento progressivo sobre o que é a saúde, a fim de que seja esclarecido que o objeto que se busca trabalhar durante a vida profissional é a saúde e não a doença. Para que isso se concretize, é preciso inicialmente abordar de modo claro o que é saúde, bem como, as fragilidades encontradas nos diversos conceitos que existem, para que os estudantes desenvolvam consciência sobre a complexidade que esse tema envolve, evitando que haja limitações agora baseadas em um novo conceito de “saúde como bem-estar”. Destaca-se também a importância das atividades extracurriculares desenvolvidas pelos estudantes, destacando o programa PET-Saúde e atividades do Movimento Estudantil. Ambas as atividades necessitam de constante estímulo por parte das IES, visto o destaque que receberam na contribuição do entendimento de saúde, afim de que sejam articuladas com os currículos e dessa forma ampliadas a oportunidade de participação para todos os estudantes.

Este trabalho, de cunho teórico, provém de quatro anos de intensa prática reflexiva. Pautou-se no princípio da interdisciplinaridade ao incluir três cursos da área da saúde, o que gerou algumas limitações para as autoras relacionadas ao grande volume de material a ser analisado e a diminuição do tempo em realiza-lo devido à greve nacional dos servidores nas Instituições Superiores de Ensino. O trabalho resulta de fragilidades apontadas em todos os espaços de formação abordados, atividades curriculares e extracurriculares, e espera-se que o mesmo possa contribuir para diagnóstico da real situação dos estudantes e do currículo na área da saúde, para gerar potencialidades na formação em saúde e principalmente, sirva como contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

AMANTE, Cláudio José. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <<http://www.odontologia.ufsc.br/files/2011/07/projeto-pedag%C3%B3gico-odonto-UFSC2.pdf>>. Acesso em 17 de Junho de 2012.

AYRES, José Ricardo C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. pp. 43-62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>> Acesso em: 01 Jul 2012. ISSN 0103-7331.

BACKES et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2009. pg.111-117. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a020.pdf> >. Acesso em: 05 Junho 2012.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind et al. Eloita Pereira Neves: baluarte da enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.18, n.4, Oct./Dec 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000400018&script=sci_arttext> Acesso em: 17 junho 2012.

BRASIL. Senado. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acessado em 07 de Junho de 2012.

_____. Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acessado em 06 de Junho de 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. 2001. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em 08 de Junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde**. ed. 3. Brasília, 2010. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acessado em 19 de Junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.048, de 3 de Setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em 27 de Junho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acessado em 11 de Dezembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444/GM, 28 de dezembro de 2000. **Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família**. Diário Oficial da União 2000; 29 dez. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/portaria1444_28_12_00.pdf> Acessado em 11 de Dezembro de 2012.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto. Sete Teses Sobre a Educação Sanitária Para a Participação Comunitária. **Cad. Saúde Públ**, v.12, n.1, 1996. pp.7-30. Disponível em < <http://www.gices-sc.org/SeteTesesBricenoLeon.pdf>> Acessado em: 17 Junho 2012

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, 2004. pp. 745-749. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acessado em: 01 Jul 2012.

CHAGAS, Osawa et al. Educação em Saúde e interfaces conceituais: representações de estudantes de um curso de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 6, nov-dez 2007. pp. 646-50. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019609006.pdf>>. Acesso em: 01 Julho 2012.

CUNHA, João Paulo Pinto da; CUNHA, Rosani Evangelista da. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde – textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. pp. 285-304. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf> Acessado em 05 de Junho de 2012.

CUTULO, Luiz Roberto Agea; CESA, André Inocência. Percepção dos alunos do curso de graduação em Medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/154.pdf>>. Acesso em: 01 Jul 2012.

DRACHLER, Maria de Lourdes, et al. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, 2003, v.8, n.2. pp. 461-470. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a11v08n2.pdf>>. Acesso em: 01 Jul 2012.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini, et al. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 3, Jul-Set 2006. pp.483-91. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14.pdf>> Acesso em: 01 Jul 2012. ISSN 0104-0707.

FERNANDES, Maria Clara; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Rev**

Bras Enferm, Brasília, v. 63, n.4, jul-ago 2010. pp. 567-73. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>>. Acesso em: 01 Julho 2012.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/df/files/Educa%C3%A7ao%20como%20Pratica%20da%20Liberdade%20pdf.pdf>> Acesso em 01 de Julho de 2012.

FREITAS, Elisângela Oliveira de; MARTINS, Isabel. Concepções de saúde no livro didático de ciências. **Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 10, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/ensaio/article/view/152/226>> Acesso em: 01 Jul 2012.

GANONG, Lawrence H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**; v. 10, n. 1, 1987. pp. 1-11.

GIL, Carlos Antônio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1995. Disponível em: <<http://www.das.ufsc.br/~andrer/ref/bibliogr/pesq/pesq1.htm>>. Acesso em 30 de Junho de 2012.

JUNIOR, Luis Salvador de Miranda Sá. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, jul/ago/set 2004. pp. 15-16. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>> Acessado em: 01 jul 2012.

MACK et al. **Qualitative research methods**. 1ed. North Carolina: Family Health International, 2005. p.5. Disponível em <<http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/emgox4xpcoyrqspsgy5ww6mq7v4e44etd6toiejyxlhbmks5sdnef7fqlr3q6hlwa2ttj5524xbn/datacollectorguideenrh.pdf>> Acessado em 30 de Junho de 2012.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 21, n. 3, Set-Dez 2005. pp. 263-69. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a02v21n3.pdf>> Acessado em:: 01 Jul 2012.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, 2008. pp. 758-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 24 Jun 2012

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, 1991. pp. 341-349.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Complexidade Em Saúde Da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 30, jul./set. 2009. pp.153-66, Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a13>> Acessado em: 01 Julho 2012.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em Administração**, São Paulo, v.1, n. 3, 2º sem, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em 30 de Junho de 2012.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 144pp.

PFUETZENREITER, Márcia Regina; CUSTÓDIO, José Francisco; KOEPEL, Raica. Análise de uma situação didática: a compreensão do processo saúde-doença. **Investigações em Ensino de Ciências**, v.8, n.2, 2003. pp. 165-184. Disponível em: <http://www.if.ufrgs.br/ienci/artigos/Artigo_ID103/v8_n2_a2003.pdf> Acessado em: 01 Jul 2012.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. pp. 29-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em 01 de Julho de 2012.

SILVA, Rosiele Pinho Gonzaga; RODRIGUES, Rosa Maria. Mudança curricular: um desafio de um curso de graduação em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 2, mar-abr 2008. pp. 233-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a14v61n2.pdf>>. Acesso em: 01 Jul 2012.

SILVA, Kênia Lara, et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 2, abr-jun 2010. pp. 368-376. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/21.pdf>> Acesso em: 01 Jul 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Pró-reitoria de ensino de graduação. Departamento de administração escolar. **Currículo do Curso: Odontologia**. Florianópolis, 12/06/2012. Disponível em: <<http://www.cagr.ufsc.br/relatorios/curriculoCurso?curso=104>>. Acesso em 17 de Junho de 2012.

_____. **Currículo do Curso: Enfermagem**. Florianópolis, 14/06/2012. Disponível em: <<http://www.cagr.ufsc.br/relatorios/curriculoCurso?curso=101&curriculo=20111>>. Acesso dia 17 de Junho de 2012.

_____. **Curso de Graduação em Medicina: histórico**. s/d. Disponível em: <<http://www.medicina.ufsc.br/>>. Acesso dia 17 de junho de 2012.

_____. **Centro de Ciências da Saúde** [homepage da internet] [última atualização em 25 Abr 2011, acesso em 18 Jul 2012]. Disponível em: <<http://portalccs.ufsc.br/>>.

VILLA, Eliana Aparecida; ARANHA, Antônia Vitória Soares. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 18, n. 4, Out-Dez 2009. pp.680-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/09.pdf>>. Acessado em 07 Junho 2012.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set/out. 2007. pp. 383-386. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf>. Acesso em 30 de Junho de 2012.

WORLD ORGANIZATION OF HEALTH. **Definition of Health**. s/d. Disponível em: <<https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>>. Acessado em 07 de Junho de 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, Ana Karolliny Testoni e Katheri Maris Zamprogna, acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Com que concepção de saúde vou atuar? Visão de estudantes de enfermagem, medicina e odontologia**, com o objetivo de compreender o conceito de saúde dos graduandos dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. O estudo é orientado pela Prof^a. Dr^a. Vânia Marli Schubert Backes.

Desta forma, convido-o a participar dessa pesquisa, a qual não acarretará em riscos para os participantes e busca contribuir para a formação de profissionais da área da saúde.

Pelo presente Consentimento Informado, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente Projeto de Pesquisa.

Fui igualmente informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa e da utilização do gravador (MP3);
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.
- da divulgação dos resultados nos meios científicos.

Eu, _____ aceito participar da pesquisa sobre “Com que concepção de saúde eu vou atuar? Visão de estudantes de enfermagem, medicina e odontologia”.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma sigilosa e que poderei desistir de participar do estudo mediante contato telefônico com as autoras – Ana Testoni: (48) 9933-3645; Katheri Zamproga: (48) 9620-6181 e a orientadora Dra. Vânia Marli Schubert Backes (48) 9963-3838.

_____, ____ de _____ de 2012.

Participante da pesquisa

APENDICE B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A Saúde como direito de todos e dever do estado é garantida no art. 196 na Constituição de 1988. Sabemos que cada vez mais durante a nossa formação profissional os cursos tem buscado inserir os alunos nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Essa constatação é confirmada com a implantação em 2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais para todos os cursos superiores de saúde no Brasil, que visam formar profissionais críticos e capazes de atuar a partir das demandas do SUS. Dessa forma, fale livremente sobre:

1. Existe algum momento na sua formação profissional em que é abordado o conceito de saúde pelos professores?
2. Além das disciplinas do currículo do seu curso, em algum momento você participou de alguma atividade extracurricular que oportunizou compreender o conceito de saúde? Fale um pouco sobre ela.
3. O que você entende por saúde?

ANEXOS

6.1. ANEXO A – PARECER DA ORIENTADORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TCC: Com que concepção de saúde vou atuar? Visão de
estudantes de enfermagem, medicina e odontologia

ACADÊMICAS: ANA KAROLLINY TESTONI

KATHERI MARIS ZAMPROGNA

ORIENTADORA: VÂNIA MARLI SCHUBERT BACKES

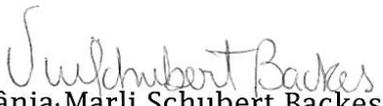
PARECER ORIENTADORA

Sou testemunha da formação em enfermagem de duas profissionais com competência crítica e reflexiva voltada para o SUS, que se percebem protagonistas de seu conhecimento e prática profissional em prol da promoção da saúde com qualidade, orientada pelos princípios de equidade, integralidade e universalidade.

Formandas que demonstraram engajamento crítico político em prol da enfermagem e o comprovaram pelo desenvolvimento do seu TCC. Evidenciaram um perfil de pesquisadoras, algo tão raro de se obter já na graduação, mas que Ana e Katheri apresentaram brilhantemente na construção e apresentação de seu TCC.

Em conjunto com os membros da banca aprovamos o TCC com nota máxima=10,00 (dez).

As acadêmicas, nossos cumprimentos e sucesso profissional.


Vânia Marli Schubert Backes

Orientadora