



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROFESSOR MILTON SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE A UNIVERSIDADE

CAILLAN FARIAS SILVA

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA DE DISCENTES
DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
DA UFRB

Salvador
2019

CAILLAN FARIAS SILVA

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA DE DISCENTES
DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
DA UFRB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade

Área de concentração: Qualidade de vida e promoção da saúde na Universidade

1º Orientador: Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro
2º Orientadora: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Salvador
2019

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Farias Silva, Caillan
CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA DE DISCENTES DO
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB /
Caillan Farias Silva. -- Salvador, 2019.
94 f. : il

Orientador: Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro.
Coorientadora: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em
Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) --
Universidade Federal da Bahia, Instituto de
Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton
Santos, 2019.

1. Saúde. 2. Doença. 3. Estudantes. 4. Educação
Superior . I. Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro, Jorge.
II. Thereza Ávila Dantas Coelho, Maria. III. Título.

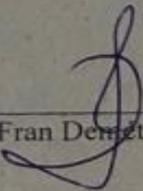
CAILLAN FARIAS SILVA

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA DOS DISCENTES DO
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB**

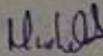
Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia.

Aprovado em 29 de março de 2019.

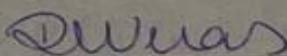
Banca examinadora:



Prof.ª Dra. Fran Demétrio Silva Santos (UFRB)



Prof.ª Dra. Micheli Dantas Soares (UFRB)



Prof.ª Dra. Renata Meira Vêras (UFBA)

Aos meus pais (*in memoriam*), que sempre acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo seu amor incondicional e por todas as dádivas que tem me concedido.

Aos meus pais (*in memoriam*), Luis Oliveira e Rita de Cassia Farias, que em vida sempre lutaram para oferecer aos seus filhos tudo de melhor e por me ensinarem que a educação era o caminho para a mudança de nossa realidade.

À minha família, Heverton, Hugo e Miriã, que sempre apoiou meus sonhos e nunca duvidaram de mim.

À Luan Deiró, por estar sempre ao meu lado, me dando forças, por entender meu cansaço e minhas ausências.

Aos meus orientadores, Jorge Sales e Maria Thereza Coelho, pela sensibilidade em compreender minha quádrupla jornada, pelo exemplo e auxílio nesse desafio da pesquisa e por todo o aprendizado.

Aos colegas do grupo de pesquisa Ademir, Álon, Ivana, Vitor, Joice e Taize, pelas críticas, sugestões e debates semanais durante esses anos.

À Antonio Neto, Tia Luce e Tio Edno, que com muito amor e carinho sempre me acolheram em sua casa.

Aos meus amigos MedMeliantes, Darcy, Brenda, Bruno, Abdias, Aianna, Carla, em especial à Arthur Gomes, que por vezes me socorreu nas traduções.

Aos estudantes dos Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que se disponibilizaram em participar desta pesquisa.

Aos colegas de trabalho da Divisão de Apoio à Coordenação Acadêmica, Bianca, Diogo, Gleide, Jamile, Luís Gustavo e Maitê, pela compreensão e pelo incentivo recebido.

Aos colegas e professores do EISU, por todo o aprendizado.

Aos ilustres membros da Banca Examinadora, Renata Meira Verás, Fran Demétrio e Micheli Dantas Soares, pelo tempo dedicado e pelas contribuições ao meu trabalho.

Muito obrigado a todos!

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

(Paulo Freire)

SILVA, CAILLAN FARIAS. **Concepções de saúde e doença de discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB**. 2019. 94f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2019.

RESUMO

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) desponta com uma proposta de experiência inovadora na formação em saúde, estruturada a partir da promoção da saúde e da perspectiva de uma reforma cultural e epistemológica do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo compreender as concepções de saúde e doença dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS da Universidade Federal do Recôncavo (UFRB). Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e analítico, do qual participaram 70 discentes recém-ingressos de um universo de 90 e 18 dos 28 formandos, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Os dados produzidos foram inseridos no software Microsoft Excel e analisados conforme a análise temática proposta por Bardin (2009). O primeiro artigo analisou as concepções de saúde desses discentes a partir das seguintes categorias: bem-estar, equilíbrio/harmonia, qualidade de vida, ausência de doença, estilo de vida, normalidade e outros. O segundo artigo objetivou compreender as concepções de doença a partir das seguintes categorias: alteração do bem-estar, estado patológico, alterações na qualidade de vida, desequilíbrio e/ou desarmonia, incapacidade funcional e anormalidade. Nos dois artigos, observou-se uma maior diversidade de percepção da saúde e da doença no grupo dos discentes recém-ingressos do que no dos formandos. Portanto, há uma uniformização da compreensão da saúde e da doença entre os últimos. Também se evidenciou, nos dois artigos, que nenhum formando possuía concepções reducionistas e negativas de saúde e doença, enquanto que alguns discentes recém-ingressos as possuíam. Dessa forma, fica evidente a contribuição da formação interdisciplinar para superar algumas concepções reducionistas e negativas da saúde.

Palavras-chave: Saúde. Doença. Estudantes. Educação Superior.

SILVA, CAILLAN FARIAS. **Concepts of health and illness of the students of the Interdisciplinary Bachelor in Health of UFRB**. 2019. 94f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2019.

ABSTRACT

The Interdisciplinary Bachelor in Health (BIS) starts with a proposal of innovative experience in health education, structured from the promotion of health and the perspective of a cultural and epistemological reform of the healthcare model. In this context, the present work aims to understand the conceptions of health and illness of the newly enrolled students and BIS graduates of the Federal University of Recôncavo of Bahia (UFRB). This is a qualitative, exploratory and analytical study, involving 70 newly enrolled students from a universe of 90 and 18 of the 28 graduates, from September 2016 to February 2017. The data produced were inserted in the Microsoft Excel software and analyzed according to the thematic analysis proposed by Bardin (2009). The first article analyzes the health conceptions of these students from the following categories: well-being, balance / harmony, quality of life, absence of illness, lifestyle, normality and others. The second article aims to understand the conceptions of disease from the following categories: altered well-being, pathological state, changes in quality of life, imbalance and / or disharmony, functional disability and abnormality. In both articles, a greater diversity of perception of health and illness was observed in the group of students who are new entrants than in those of the graduates. Therefore, there is a standardization of understanding of health and disease among the latter. It was also evidenced, in both articles, that no graduate had reductionist and negative conceptions of health and disease, while some new students had them. In this way, the contribution of interdisciplinary formation is evident to overcome some reductionist and negative conceptions of health.

Keywords: Health. Disease. Students. Education, Higher.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema do regime de ciclos do BIS da UFRB	16
Figura 2	Esquema representativo da matriz curricular do BIS	17
Quadro 1	Síntese da distribuição dos componentes curriculares do BIS da UFRB	18

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1	Caracterização sociodemográfica dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB, no semestre 2016.1	30
Tabela 2	Concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB no semestre 2016.1	32

Artigo 2

Tabela 1	Concepções de doença dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB no semestre 2016	57
----------	---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 ARTIGOS	22
2.1 ARTIGO 1 – CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE DISCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB	23
2.2 ARTIGO 2 - CONCEPÇÕES DE DISCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB SOBRE DOENÇA.....	48
3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	83
APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	84
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS DISCENTES DO BACHARELADO INTEDISICPLINAR EM SAÚDE.....	85
ANEXOS	92
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA / PLATAFOMA BRASIL	93

APRESENTAÇÃO

Em 2012, ingressei no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) com o único objetivo de acessar o curso de medicina. Porém, durante a caminhada no BIS, outras perspectivas foram agregadas a esse objetivo inicial. O itinerário formativo trilhado possibilitou diversas discussões sobre o modelo hegemônico da biomedicina, assim como seu alicerce na concepção negativa de saúde. A partir de então, as concepções de saúde, doença e cuidado constituíram-se meu objeto de estudo.

Nesse contexto, percebi que a vivência no BIS foi responsável por minhas mudanças de conceito, percepção e paradigmas. Através desse curso tive a oportunidade de enxergar o mundo e principalmente os fenômenos saúde e doença com outros olhos. Dessa forma, ampliei minha percepção devido aos diversos embates proporcionados pelos módulos do curso, pela sua proximidade com a comunidade e suas questões acerca da saúde e da doença.

Logo que ingressei no curso, fui selecionado como bolsista da CAPES no programa de Jovens Talentos para Ciência, sendo necessário o desenvolvimento de uma pesquisa e uma vinculação a um grupo de pesquisa. Assim, passei a fazer parte do (co) Laboratório Humano de Estudos, Pesquisa e Extensão Transdisciplinares em Integralidade do Cuidado em Saúde e Nutrição, Gênero e sexualidade (LABTrans), registrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq e coordenado pela professora Dra. Fran Demétrio. Nesse grupo participei da pesquisa com homens que vivenciavam a DM tipo II ou a hipertensão arterial sistêmica (HAS), cadastrados no Programa do HIPERDIA¹. Tratava-se uma pesquisa ampla, na qual concentrei-me em identificar e analisar os conceitos de saúde desses homens e se eles se sentiam saudáveis mesmo com uma doença crônica não transmissível.

Os produtos dessa pesquisa originaram meu trabalho de conclusão de curso (TCC) do BIS e despertou o meu desejo de continuar na pesquisa, o que influenciou na minha decisão de realizar um mestrado nessa mesma temática das concepções e conceitos de saúde, doença e cuidado com um outro público, neste

¹ O HIPERDIA destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados.

caso os estudantes recém-ingressos e formandos do BIS. Tendo em vista minha experiência no BIS, objetivei analisar as concepções de saúde e doença dos estudantes desse curso e verificar a sua atuação como agente ativo na (re)construção das concepções desses estudantes.

Por esse motivo, escolhi o Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (EISU) do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) e a linha de pesquisa ligada à qualidade de vida e a promoção da saúde na Universidade, considerando que esta linha é a que mais se adequava ao meu projeto de pesquisa e aos meus objetivos, tendo em vista que as concepções de saúde e doença não prescindem da qualidade de vida e da promoção da saúde. Nessa linha de pesquisa se inserem trabalhos sobre os conceitos de saúde, doença e cuidado que operam no mundo universitário.

1 INTRODUÇÃO

Em 2001, foi aprovado o Plano Nacional de Educação através da Lei nº 010172, de 9 de janeiro de 2001, que iria balizar todas as políticas em educação durante dez anos, tendo como objetivo a melhoria da qualidade do ensino e a escolaridade da população, a redução das desigualdades sociais e regionais de acesso e permanência, com sucesso na educação pública e democratização da gestão do ensino público (BRASIL, 2001).

Nesse contexto histórico e político, foi instituído o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), por meio do decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Esse plano objetivava criar condições para ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, para melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos (BRASIL, 2007).

Dessa forma, o REUNI direcionava suas ações a fim de implantar regimes curriculares que possibilitassem a construção de itinerários formativos, mediante a circulação de discentes entre instituições, cursos e programas de educação superior; reestruturar os cursos de graduação e atualizar as metodologias de ensino-aprendizagem; diversificar as modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas à profissionalização precoce e especializada; além de outras tantas medidas para garantir a permanência qualificada do discente (BRASIL, 2007).

Simultaneamente, as crises da atenção à saúde se expandiam em virtude da medicalização social, por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos pela intervenção biomédica como se estes fossem problemas médicos, demonstrando sua incapacidade resolutiva frente a todas as variáveis que cercam o processo saúde-doença (DEMÉTRIO et al., 2016; LUZ, 2007; TESSER 2006).

Segundo Tesser (2006), o saber médico desassociou-se da percepção pessoal e sociocultural dos indivíduos, obtendo uma condição técnica, esotérica e positiva, um saber dito em terceira pessoa, gerando um abismo entre os que sabem e podem saber e o paciente. Dessa forma, a formação em saúde baseada na biomedicina tem estimulado a subspecialização precoce, formando profissionais cada vez mais dependentes do aparato tecnológico, refletindo na elevação do consumo farmacêutico e na desvalorização de outros saberes, assim como da autonomia do sujeito sobre seu próprio corpo e de seus valores culturais e filosóficos.

Segundo Luz (2011), o currículo tradicional da área da saúde está intimamente relacionado à biologia ou à física clássica. Em consequência da sua perspectiva natural e técnica sobre a vida, esse currículo é incapaz de englobar a totalidade do fenômeno da vida humana, tanto pela óptica metodológica quanto epistemológica. Por essas razões, as ciências humanas e sociais têm sido inseridas nos novos currículos do campo da saúde, integrando de forma interdisciplinar a área da saúde coletiva.

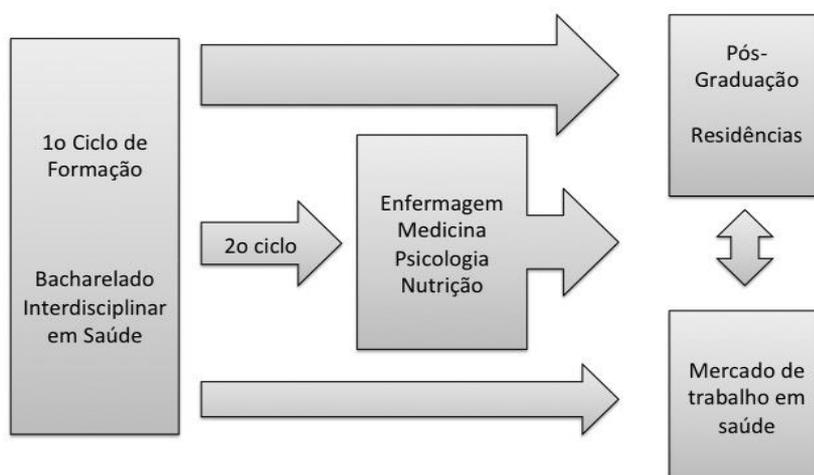
Face a essa conjuntura foi pensado e proposto o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), na tentativa de responder aos objetivos do REUNI, assim como promover um possível caminho para o enfrentamento da crise nas práticas de cuidado em saúde através da adoção de um currículo interdisciplinar com maior participação da saúde coletiva, a fim de instrumentar conceitualmente a formação em saúde com práticas fundamentadas na concepção positiva de saúde e que considerem a autonomia do sujeito, as suas subjetividades, seu contexto de vida e suas percepções sobre o processo saúde-doença.

A criação do BIS também foi incentivada pela promulgação da atual Lei de Diretrizes e Bases para Educação, que substituiu o currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), conferindo autonomia às Universidades para conceber seus currículos conforme a sua realidade (BRASIL, 1996). Portanto, é nesse cenário propício que o modelo de formação em ciclos é implantado na Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 2009 e seis meses depois na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

O BIS configura-se como um curso de 1º ciclo, de formação geral no campo da saúde, essencialmente interdisciplinar, que articula saberes concernentes à cultura humanística, artística e científica, objetivando o desenvolvimento de competências política, ética e humanística. Dessa forma, o bacharel em saúde estará apto a ingressar nos cursos de 2º ciclo, ditos profissionalizantes, da mesma maneira que poderá ingressar em cursos de pós-graduações e no mercado de trabalho, em funções que não requeiram formação específica (UFRB, 2016; VERAS et al., 2018).

Segundo o Projeto Político Pedagógico do Curso, o egresso do BIS da UFRB

será capaz de compreender o campo da saúde a partir do contexto ambiental, nas dimensões social, econômica, cultural, epidemiológica, biológica, política e organizacional com vistas a identificar, planejar e tomar decisões nesse campo, atuando com princípios de colaboração interprofissional e agente crítico para a transformação da dinâmica social, mediante princípios éticos, de solidariedade e responsabilidade social (UFRB, 2016, p. 19).

FIGURA 1 – Esquema do regime de ciclos do BIS da UFRB

Fonte: adaptado de Santana, et al., 2016

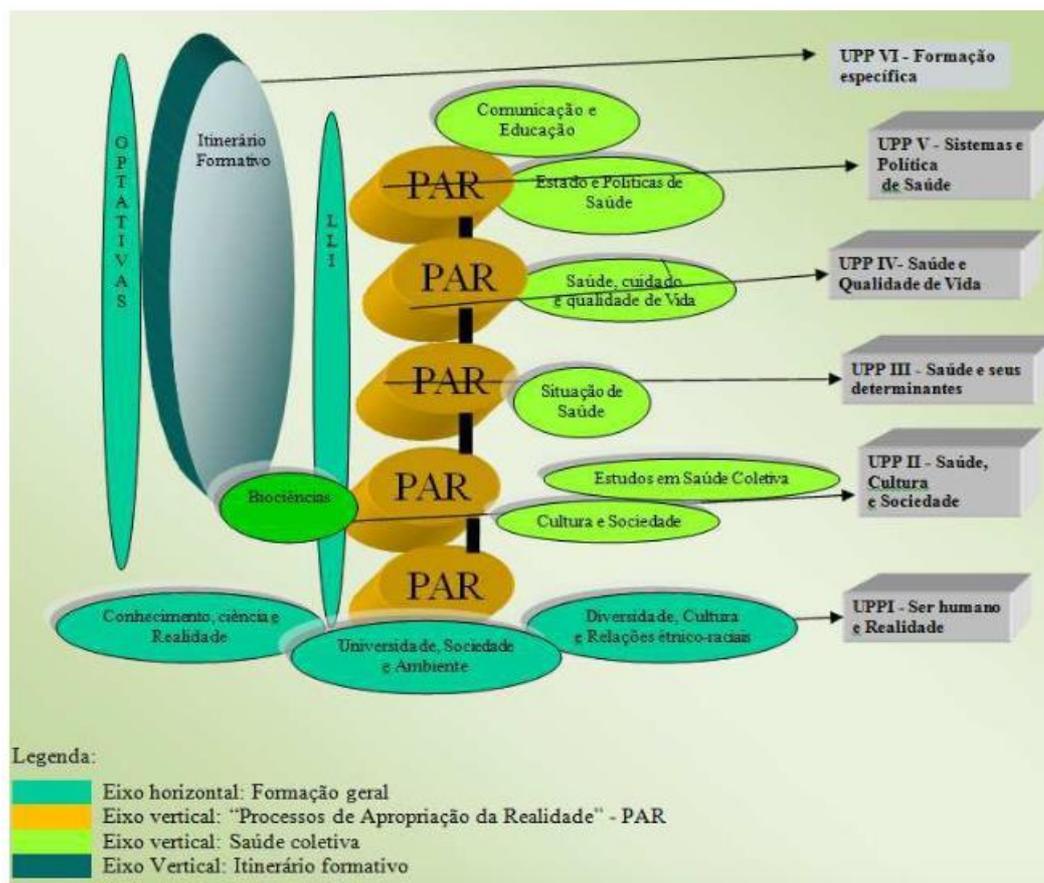
Além desse perfil, o egresso irá desenvolver diversas competências com o intuito de compreender, conhecer e transformar a realidade que o cerca. Além de realizar práticas interdisciplinares e interprofissionais, desenvolver habilidades de comunicação e uma conduta ética moral, em consequência do desenvolvimento dessas competências, o egresso deverá agir com autonomia em sua prática, entendendo que a sua formação é processo contínuo, autônomo e permanente (UFRB, 2016).

Para alcançar esses objetivos, o BIS da UFRB dispõe de uma matriz curricular baseada na flexibilização entre componentes optativos e o desenvolvimento de atividade complementares que compõem os mais diversos itinerários formativos, que podem estar relacionados ou não com os cursos de segundo ciclo ofertados no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB (UFRB, 2016). O currículo é formado por eixos integrativos horizontais e verticais que garantem a interdisciplinaridade, a imersão na comunidade e o desenvolvimento de atividades de pesquisa, extensão e ensino.

Assim, os semestres são denominados Unidades de Produção Pedagógica (UPP), com eixos temáticos que articulam os módulos compostos por disciplinas das mais diversas áreas do saber e os módulos “Processos de Apropriação da Realidade” (PAR), que promovem a aproximação dos estudantes com os problemas reais das comunidades de Santo Antônio de Jesus, cidade onde fica instalado o CCS. Outro

eixo vertical que perpassa todas as UPP's é o Laboratório de Língua Inglesa (LLI); a figura 2 representa essa estrutura curricular.

Figura 2 – Esquema representativo da matriz curricular do BIS.



Fonte: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Projeto político pedagógico do bacharelado interdisciplinar em saúde, Cruz das Almas, 2016.

Desde o primeiro contato com o curso, os discentes são instigados a refletir e problematizar acerca da Ciência, da Universidade e do seu papel para com a sociedade, possibilitando o questionamento de conteúdos intrínsecos à natureza da existência humana. A partir da segunda UPP (Cultura e Sociedade), os conteúdos de Ciências Sociais são introduzidos, tais como Antropologia e Sociologia, servindo de embasamento teórico para as próximas UPP's que visam a reestruturação da formação no campo da saúde para a consolidação da Reforma Sanitária com módulos que contemplam as três grandes áreas da Saúde Coletiva (Epidemiologia, Planejamento e Políticas de Saúde e Ciências Sociais em Saúde), e ocupam dois anos da formação ultrapassando a carga horária destinada as Ciências Sociais nos cursos tradicionais.

É também na segunda UPP que o discente entra em contato com os módulos

relacionados à área biológica através do componente curricular obrigatório “Biociências”; os outros módulos dessa área fazem parte dos itinerários formativos específicos de cada curso de segundo ciclo do CCS, tais como, “Ciências Morfofuncionais”, “Biointeração”, “Propedêutica da atenção e dos cuidados básicos em saúde”, entre outros, em média o curso possui mais de setenta componentes curriculares optativos cadastrados. Atualmente o centro possui os cursos de nutrição, psicologia, medicina e enfermagem como opções no segundo ciclo (UFRB, 2016).

Considerando a necessidade da reorientação das práticas de cuidado, alguns componentes curriculares são responsáveis pela promoção de abordagem alicerçada na concepção positiva de saúde, do mesmo modo que discutem e tentam superar as concepções restritas e negativas da saúde. Eles buscam ultrapassar uma formação em saúde constituída tão somente pelo modelo biomédico, assistencial, hospitalocêntrico e pelo processo de medicalização da sociedade, que proporciona as práticas de doença (DEMÉTRIO et al., 2016; ILLICH, 1975; UFRB, 2016; VERAS et al., 2018).

Quadro 1 – Síntese da distribuição dos componentes curriculares do BIS da UFRB

Eixos	Componente curricular	Carga Horária
UPP I - Eixo Ser Humano e Realidade	Processo de Apropriação da Realidade I	68h
	Diversidades, Culturas e Relações Étnico-raciais	68h
	Conhecimento, Ciência e Realidade	102h
	Universidade, Sociedade e Ambiente	68h
	Laboratório de Leitura e Produção de Textos Acadêmicos	68h
UPP II - Eixo Saúde, Cultura e Sociedade	Processo de Apropriação da Realidade II	68h
	Cultura e Sociedade	68h
	Estudos em Saúde Coletiva	85h
	Biociências	85h
	Laboratório de Língua Inglesa I	34h
	Optativa	68h
UPP III - Eixo Saúde e seus Determinantes	Processo de Apropriação da Realidade III	119h
	Situação de Saúde	68h
	Laboratório de Língua Inglesa II	34h
	Optativas	187h
UPP IV - Eixo Saúde e Qualidade de Vida	Processo de Apropriação da Realidade IV	68h
	Saúde, Cuidado e Qualidade de vida	68h

	Laboratório de Língua Inglesa III	34h
	Optativas	221h
UPP V - Eixo Sistemas e políticas de Saúde	Processo de Apropriação da Realidade V	68h
	Comunicação e educação em saúde	68h
	Estado e Políticas de Saúde	68h
	Laboratório de língua Inglesa IV	34h
	Optativas	238h
UPP VI - Eixo Específico	Optativas	374h
TOTAL		2431 h
Atividades Complementares		100h
TOTAL GERAL		2531h

Fonte: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Projeto político pedagógico do bacharelado interdisciplinar em saúde, Cruz das Almas, 2016.

Portanto, diante de um Projeto Político Pedagógico inovador e de uma matriz curricular com carga horária substancial de saúde coletiva, conforme pode-se verificar no Quadro 1, o presente trabalho tem por objetivo descrever e analisar as concepções saúde e doença dos discentes que estão ingressando no BIS e os que estão se formando, a fim de compreender o significado do BIS na (trans)formação desses conceitos imprescindíveis para uma prática ampliada e interdisciplinar em saúde.

2 ARTIGOS

Nesta seção, encontram-se os dois artigos que compõem esta dissertação, os quais foram produzidos no decorrer da pesquisa a partir da revisão de literatura e da análise dos dados. No primeiro artigo, intitulado “Concepções de saúde de discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB”, é abordado, inicialmente, alguns aspectos da criação, implantação, metodologia e objetivos do BIS da UFRB, ressaltando a vanguarda desse curso ao propor um modelo de formação em saúde baseado no regime de ciclos e alicerçado na saúde coletiva. Este artigo também contém uma revisão de literatura em torno do conceito de saúde, que demonstrou a complexidade e a limitação de estudos na perspectiva da concepção do estudante. Nesse contexto, objetivou-se analisar as concepções de saúde dos estudantes recém-ingressos e formandos do BIS da UFRB participantes desta pesquisa e discute os resultados encontrados à luz dos pressupostos teóricos.

O segundo artigo, denominado “Concepções dos discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB sobre doença”, apresenta uma reflexão sobre como a doença tem sido abordada na literatura científica, partindo do pressuposto de que a doença pode ser entendida como *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease* sinalizaria a dimensão biológica da doença, *illness* a psicológica e *sickness* a sua repercussão e entendimento em termos sócio-culturais (ALMEIDA-FILHO, 2011). Historicamente a dimensão biológica da doença possui um maior protagonismo no campo da formação em saúde, em relação aos outros sentidos da doença. Há, entretanto, uma crescente preocupação da ciência social em entender a dimensão simbólica da doença e se inserir nos currículos das graduações do campo da saúde. Dessa forma, considerando o BIS como um curso que integra tantos aspectos sociais, quanto psicológicos e biológicos da doença, esse artigo pretende descrever e analisar a percepção da doença pelos estudantes recém-ingressos e formandos do BIS da UFRB.

2.1 ARTIGO 1 – CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE DISCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB

RESUMO

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) nasce em contraponto à formação superior predominante no Brasil, que enfatiza a profissionalização precoce. Esse curso desponta como uma experiência inovadora na formação em saúde, que se estrutura a partir da promoção da saúde, com a proposta de reforma cultural e epistemológica do modelo de atenção à saúde. Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo compreender as concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo (UFRB). Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratório e analítico, do qual participaram 70 discentes recém-ingressos de um universo de 90 e 18 dos 28 formandos, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Os dados produzidos foram inseridos no software Microsoft Excel e analisados conforme a análise temática proposta por Bardin (2009). Os resultados deste estudo foram analisados a partir das seguintes categorias: bem-estar, equilíbrio/harmonia, qualidade de vida, ausência de doença, estilo de vida, normalidade e outros. Diante dos resultados, identificou-se que 15% das respostas dos discentes recém-ingressos possuem concepções negativas de saúde, enquanto que todas (100%) as respostas dos formandos contêm concepções que se alinham à perspectiva positiva de saúde. Era de se esperar que a maioria dos formandos entrevistados tivesse uma percepção de saúde ligada à qualidade de vida, porém 84% das respostas continha uma concepção ligada ao bem-estar e ao equilíbrio. Assim, fica evidente a contribuição da formação interdisciplinar para superar algumas concepções reducionistas e negativas da saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde. Estudantes. Educação Superior.

ABSTRACT

The Interdisciplinary Bachelor in Health (BIS) is born in counterpoint to the prevailing higher education in Brazil, which emphasizes the early professionalization. This course emerges as an innovative experience in health education, which is structured through the promotion of health, with the proposal of cultural and epistemological reform of the health care model. In this perspective, the present work aims to understand the health conceptions of the newly enrolled students and graduates of the Interdisciplinary Bachelor of Health of the Federal University of Recôncavo (UFRB). This is a qualitative, exploratory and analytical study, involving 70 newly enrolled students from a universe of 90 and 18 of the 28 graduate students, from September 2016 to February 2017. The data produced were inserted in the Microsoft Excel software and analyzed according to the thematic analysis proposed by Bardin (2009). The results of this study were analyzed from the following categories: well-being, balance / harmony, quality of life, absence of disease, lifestyle, normality and others. In view of the results, it was found that 15% of the responses of the newly admitted students have negative health conceptions, while all (100%) the answers of the graduates contain conceptions that are aligned with the positive

perspective of health. It was expected that most of the graduates interviewed had a health perception linked to quality of life, but 84% of the answers contained a conception related to well-being and balance. Thus, the contribution of interdisciplinary education is evident in overcoming some reduced and negative conceptions of health.

KEYWORDS: Health. Students. Education, Higher.

INTRODUÇÃO

Ao ingressar na universidade, o discente já traz consigo sentidos e concepções de saúde, doença e cuidado emergidos da sociedade em que vive, do pensar e do fazer cotidiano. Ao longo da graduação, na medida em que adquire novos conhecimentos e experiências, presume-se que seus pensamentos e valores vão progressivamente se modificando (GONÇALVES et al., 2014; TORRES et al., 2011).

Segundo Almeida Filho (2000), o conceito de saúde constitui um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica. Esta lacuna não é exclusiva da epidemiologia. Em todas as disciplinas que constituem o chamado campo da saúde nota-se um desinteresse, desde a Grécia antiga, em construir conceitualmente os objetos saúde, doença e cuidado (BATISTELLA, 2007; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003; MINAYO, 1997). Porém, segundo Batistella (2007, p. 26) observa-se uma recente discussão desses conceitos devido à “[...] necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da promoção da saúde e pela própria crise do setor”.

Por esses motivos, este estudo pretende contribuir com a redução da referida lacuna na produção científica, que tem se concentrado na (re)produção de modelos biomédicos de patologia (ALMEIDA FILHO, 2011; BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA et al., 2013). Nessa perspectiva, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) nasce em contraponto à formação superior predominante no Brasil, que enfatiza a profissionalização precoce, a especialização e sub-especialização, contribuindo para tornar os profissionais formados dependentes tecnologicamente e carentes de capacidade crítica diante das transformações na situação de saúde, no pensar e no problematizar a saúde em seu caráter mais amplo (DEMÉTRIO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2013).

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar as

concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS da UFRB. Pretende-se, com ele, colaborar para a reflexão sobre a contribuição do BIS para a (re)construção das concepções de saúde entre seus discentes. Considerando que essas concepções servirão de referência na prática de saúde desses futuros profissionais.

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE – BIS

O BIS foi planejado baseado no modelo educacional de Bolonha que possui uma extensão menor (três anos) e é uma opção introdutória para profissionalização em segundo ciclo e no Colleges estadunidenses que dispõe de uma grade curricular aberta, modular, flexível e que enfatiza uma formação geral. Sua criação e implementação foi viabilizada pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI) que incentivou e financiou a abertura de novos cursos (ALMEIDA FILHO, 2016).

A Universidade Federal da Bahia (UFBA) criou e implantou o primeiro BIS do Brasil, em 2009. No segundo semestre desse mesmo ano, a Universidade Federal do Recôncavo (UFRB) também instituiu essa modalidade de graduação. Mesmo com diferenças em seus Projetos Político-Pedagógicos, ambos os cursos se comprometeram com uma formação interdisciplinar, com um currículo flexível e alicerçado na concepção positiva de saúde (COELHO et al. 2016; DEMÉTRIO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2013; UFRB, 2014).

O BIS possui como princípios norteadores, a articulação entre os campos do saber através da interdisciplinaridade, a dinâmica do conhecimento, a responsabilidade social e cidadania e a flexibilidade curricular (UFRB, 2014). Em 2014, passou por uma reestruturação para que possibilitasse a implantação da formação em ciclos no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB.

Dentre as principais mudanças na matriz curricular do curso, pode-se apontar a adesão total ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares e Formação Geral (NUVEM), responsável pela oferta de componentes curriculares que possibilitem ações integradas de ensino, pesquisa e extensão e que são vinculados à formação geral e à filiação acadêmica dos estudantes. [...] E a reformulação do eixo que integra componentes optativos, intitulado de 'Itinerário Formativo'. Os componentes que integram esse eixo são responsáveis pela formação básica na área da saúde, mais relacionada aos cursos de segundo ciclo profissionalizante ofertados no Centro. (SANTANA et al., 2016, p. 156)

Assim, o BIS passa a se configurar como curso do 1º ciclo de formação geral em saúde, que visa qualificar a formação em saúde e ampliar o enfoque para além da aquisição de saberes, habilidades técnicas e biomédicas necessários para atender às demandas do mercado (SANTANA et al., 2016; UFRB, 2014). Os estudantes dispõem de uma formação geral e interdisciplinar no campo da saúde, articulada a saberes concernentes à cultura humanística, artística e científica, com vistas ao desenvolvimento de competência política e ética. Esse curso desponta como uma experiência inovadora na formação em saúde e se estrutura a partir “da promoção da saúde e com a proposta de reforma cultural e epistemológica do modelo biomédico” (DEMÉTRIO et al., 2016, p. 66).

Há uma complexidade ao se conceituar a saúde e a doença, pois elas “estão diretamente relacionadas a questões que fazem parte da condição humana, como é o caso da reflexão sobre a vida e a morte” (PRATTA, SANTOS 2009, p. 203). Segundo Batistella (2007), a intenção de conceituar a saúde objetivamente na construção do conhecimento científico vem-se mostrando insuficiente, tendo em vista que a saúde não é constituída apenas por fatores biológicos.

Nesta perspectiva, o BIS possui como objetivo formar sujeitos capazes de compreender o campo da saúde para além da visão biomédica, através da problematização de um conceito amplo da saúde que considere os aspectos culturais, históricos, sociais, econômicos, epidemiológicos, dentre tantos outros que estejam relacionados à saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na Antiguidade, a sociedade se utilizava de interpretações mitológicas e mágico-religiosas para explicar a saúde e a doença. Concomitantemente foi-se desenvolvendo uma concepção mais racional, com a medicina hipocrática, que entendia a saúde como homeostase dos quatro fluidos do organismo: bile amarela, bile negra, linfa e sangue. Com o advento do Cristianismo, na Idade Média, a doença passou a ser considerada como um castigo do pecado, a cura como consequência da fé e a saúde como resultante de uma vida santa, sem pecados (BATISTELA, 2007; PRATTA; SANTOS, 2009; SCLIAR, 2007).

Diante do estabelecimento do Renascimento, a Igreja Católica perdeu gradativamente parte de seu poder e influência sobre a sociedade. Em consequência,

nessa época houve um grande avanço científico, possibilitando o estabelecimento da ciência moderna. No século XVII, Descartes elaborou o conceito de dualismo mente-corpo, que separa o corpo do espírito. Dessa forma, o corpo passou a ser considerado como uma máquina, o qual pode ser estudado e explorado, colaborando para o desenvolvimento da anatomia.

Segundo Le Breton (2001), essa cisão mente-corpo precede o dualismo cartesiano, os estudos sobre anatomia de Andreas Vesalius, médico belga, considerado o “pai da anatomia”, autor do livro *De humani corporis fabrica* publicado em 1543 (A estrutura do corpo humano) onde descreveu o método de observação direta do corpo humano através da dissecação de cadáveres é o ponto inicial do dualismo contemporâneo e também da ciência moderna que baseia-se na observação direta dos fenômenos. O desenvolvimento da anatomia influenciou a percepção de corpo, saúde e doença desde aquela época até os dias atuais (KICKHÖFEL, 2003).

Contudo, é a partir dos postulados de Descartes, dentro da concepção mecanicista do corpo que a cisão mente-corpo se consolida e a saúde passa a ser entendida também como o silêncio dos órgãos, levando os médicos a direcionarem sua atenção para máquina corporal, para o biológico, deixando de lado aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença (CRUZ, 2009; PRATTA; SANTOS, 2009; SCLIAR, 2007). Assim, nasce o modelo biomédico, que possui como perspectiva a fragmentação do corpo, a correlação causa-efeito e a explicação da doença (CRUZ, 2009; BARROS, 2002).

Em contraponto a essa linha de pensamento reducionista, biomédico e mecanicista dos conceitos de saúde e de doença, Canguilhem (2009) propõe um entendimento dinâmico desses conceitos, a partir dos quais o corpo é entendido como produtor de normas e a vida, como variação de formas. Portanto, o conceito de doença não pode ser o oposto lógico do conceito de saúde, pois a vida no estado patológico não é ausência de saúde ou de normas, mas simplesmente presença de outras normas, diferentes das normas anteriores. Dessa forma, são as normas que condicionam a média (estatística) e não o contrário. Logo, pode-se afirmar que é possível ser saudável mesmo vivenciando uma patologia ou enfermidade (CANGUILHEM, 2009; SILVA et al., 2016; RODRIGUES; PEIXOTO JÚNIOR, 2014).

[...] Se o indivíduo é normativo e se sente predominantemente bem, pode-

se afirmar que ele está com saúde, mesmo que apresente índices que desviam do que se considera como um funcionamento regular, porte algum grau de sofrimento ou revele, até mesmo, sinais de uma doença. Sob esse prisma, a norma, em última instância, é sempre individual. Cada indivíduo tem a sua própria concepção de normalidade. A normalidade deixa de se restringir a um único padrão, deixa de ser conforme um modelo predefinido de saúde e passa a se expressar de diferentes formas. (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 108)

Todavia, essa perspectiva de normatividade e de convivência entre a saúde e a doença não são viáveis na teoria de Christopher Boorse. Em sua perspectiva, o normativismo define esses conceitos através do juízo de valor. Segundo o naturalismo boorseano, esses conceitos podem ser essencialmente descritivos quando fundamentados na biologia evolutiva e na normalidade estatística. A partir desses pressupostos, a teoria boorseana define a saúde como ausência de doença, refutando as proposições de Canguilhem (2009) (ALMEIDA FILHO, 2011; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

Criada em 7 de abril de 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua carta de princípios, reconhece o direito à saúde e responsabiliza o Estado como instituição encarregada da sua promoção e proteção. No Brasil, a saúde só ganha o status de direito universal em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que, no seu artigo 196, preconiza que a:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2017, p. 74).

Segundo a OMS (1946, p. 1), a saúde é “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito demonstra um grande avanço, pois expressa uma concepção bastante ampla da saúde, para além de enfoques centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos. A OMS instituiu um conceito universal de saúde e superou a definição negativa de saúde como ausência de doença, incluindo os domínios físico, mental e social (BUSS, 2007; HUBER et al., 2011; SCLIAR, 2007).

Esse conceito da OMS sofreu várias críticas devido ao seu caráter ideal, estático, utópico e/ou inalcançável. A maioria das críticas diz respeito ao poder absoluto da palavra “completo” em relação ao bem-estar, que, involuntariamente, contribui para a medicalização da sociedade e a impossibilidade da operacionalização

desse conceito. Além disso, a definição da OMS não acompanhou as mudanças sociais e nem as transições epidemiológicas e demográficas sofridas nas últimas décadas (BATISTELA, 2007; DEJOURS, 1986; HUBER et al., 2011; SCLIAR, 2007).

Inúmeras propostas foram feitas para adaptar a definição de saúde da OMS. A mais conhecida é a Carta de Ottawa, fruto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. Essa proposta considera que “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [...]” (BRASIL, 2002, p. 19). Segundo Almeida Filho (2011, p. 29),

[...] a saúde tem sido definida negativamente ou positivamente. Na concepção negativa, o termo saúde implica mera ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades. Na vertente positiva, saúde pode denotar desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções.

O modelo de História Natural da Doença proposto por Leavell & Clark, em 1976, “representa um grande avanço em relação ao modelo biomédico clássico, na medida em que reconhece que o estado de saúde ou de doença implica processo de múltiplas e complexas determinações” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 50). Contudo, o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e esse modelo evidencia o preventivo ao social. Além de naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente (modelo ecológico), fundamenta-se no modelo biomédico e estabelece apenas relações quantitativas entre os fatores causais (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; PALMEIRA, 2004).

Diante das críticas ao modelo da história natural da doença, propôs-se um tratamento mais amplo do processo saúde-doença, que o concebesse como produzido social e economicamente. O modelo da determinação social da saúde considera que

[...] as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde [...] são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Nesse modelo, todos esses fatores que influenciam no processo saúde-doença

são relacionados sistematicamente e integralmente. Entre os diversos modelos propostos para uma compreensão sistemática da relação desses fatores, destaca-se o modelo de Dahlgreen e Whitehead, que contém os determinantes sociais da saúde organizados em camadas distintas, a começar de uma mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais. Desta forma, este modelo propõe uma nova prática médica que vise não apenas a cura, mas a promoção da saúde e a qualidade de vida. (BATISTELA, 2007; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

A promoção da saúde possui diversas interpretações, porém em geral, identifica-se duas vertentes predominantes. Uma relacionada ao estilo de vida e no comportamento individual e a outra nas condições de vida e no incremento de políticas públicas saudáveis. O enfoque no estilo de vida visa à transformação dos hábitos individuais tidos como não saudáveis. Nessa perspectiva, a promoção da saúde prioriza ações educativas com base nos fatores de riscos comportamentais individuais transformando o sujeito como único responsável pela sua saúde e por vezes, culpabilizando-o pelo seu processo de adoecimento. Enquanto que o outro enfoque prioriza a relação entre os determinantes sobre as condições de saúde relacionando-os com a qualidade de vida individual e coletiva (VERDI, CAPONI, 2004).

Considerando que os fenômenos de saúde e doença não podem ser definidos apenas no âmbito subindividual ou socioambiental, e que esses fenômenos são plurais, multifacetados, transdisciplinares e simultaneamente ontológicos, Almeida Filho (2013, p. 447) propõe um conceito integrador do complexo saúde-doença-cuidado.

A saúde é um objeto-modelo unificado formado pelo conjunto sintético dos modos de ser, emergindo da articulação de todos os padrões, compreendendo domínios, níveis e lógicas, bem como modelos, produtos e objetos relacionados (e desenhados por referência) aos fenômenos da vida, função, desempenho, produção, sofrimento, aflição, doença, cuidado, cura e morte em sujeitos humanos, grupos e instituições sociais.

Desta forma, percebe-se a complexidade de conceituar a saúde devido a suas singularidades e a suas relações com a percepção de doença, com o ambiente, com a cultura, com a religião, com as relações sociais, dentre outros aspectos. Portanto, tendo em vista que as concepções influenciam as práticas de saúde, faz-se necessário

a sua problematização com o objetivo de superar os modelos reducionistas, negativos e biomédico-centrados (ALMEIDA FILHO, 2013; BATISTA, 2007).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e analítico, de abordagem qualitativa, que foi realizado na UFRB, instituição que, desde 2009, disponibiliza o curso de graduação BIS no Centro de Ciências da Saúde (CCS), no bairro Cajueiro, do município de Santo Antônio de Jesus. Esse município é situado à margem da BR 101, a 187 km de Salvador (por via terrestre), com extensão territorial de 261,348 km² e uma população de 90.985 habitantes no Recôncavo da Bahia, Nordeste do Brasil (BRASIL, 2010).

A partir do segundo semestre letivo de 2015, a UFRB passou a ofertar, no Sistema de Seleção Unificada (Sisu), o acesso direto aos cursos de 2^o ciclo do CCS (Medicina, Nutrição, Enfermagem e Psicologia), com a condição de que os ingressantes nesses cursos cursem o 1^o ciclo de formação (BIS). Anteriormente, a escolha do 2^o ciclo acontecia no término do 1^o curso. Desse modo, participaram deste estudo a turma de formandos que ainda irá escolher seu curso de 2^o ciclo e a turma de discentes recém-ingressos que fizeram esta escolha no Sisu, no segundo semestre letivo de 2015.

Este estudo integra uma pesquisa mais ampla, denominada “Concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde-doença”, vinculada ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos/UFBA. A pesquisa mais ampla foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, conforme Parecer n^o. 741.187 e CAAE: 309006414.0.0000.5531, respeitando os dispositivos da Resolução n^o 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre Pesquisas com Seres Humanos.

A referida pesquisa utiliza, como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado, composto de 58 perguntas entre abertas, fechadas e de múltipla escolha, sobre as concepções e práticas de saúde e doença, além de questões sociodemográficas. Para este artigo, foram utilizadas apenas as respostas à pergunta aberta ‘O que é saúde para você?’ e as questões relativas aos dados

sociodemográficos.

A produção de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira foi realizada a identificação dos discentes junto ao colegiado do BIS, onde foram identificados 90 alunos matriculados no primeiro semestre e 28 no último semestre do curso, em 2016.2. Essa diferença quantitativa entre recém-ingressos e formandos é resultado do aumento do número de vagas no Sisu em 2014, passando de 50 vagas semestrais para 100. Na segunda etapa, procedeu-se a aplicação do questionário em sala de aula, o qual foi respondido manualmente pelos discentes, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Estavam aptos a participar da pesquisa os discentes que estavam devidamente matriculados no primeiro ou no último semestre do BIS. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram da pesquisa 70 discentes recém-ingressos de um universo de 90, ou seja, 78%, e 18 dos 28 formandos (64%). Cada questionário recebeu um código de identificação para preservar a identidade dos participantes. Utilizou-se a letra R e F para identificar os questionários dos estudantes recém-ingressos e formandos respectivamente.

Os dados produzidos foram inseridos no software Microsoft Excel e analisados conforme a análise temática proposta por Bardin (2009). Optou-se pela contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação determinada após a leitura das respostas dos discentes.

Esta análise compreendeu, inicialmente, a fase de leitura flutuante das respostas, com a finalidade de estabelecer contato com os questionários, de conhecer e buscar as primeiras impressões sobre as concepções de saúde desses estudantes. Após novas leituras mais precisas e aprofundadas, buscou-se as unidades de significação a codificar. Dessa forma, foram elencadas as seguintes categorias: bem-estar, equilíbrio/harmonia, qualidade de vida, ausência de doenças, estilo de vida, normalidade e outros. Sendo que algumas respostas abrangiam mais de uma unidade de codificação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 70 recém-ingressos entrevistados, 83% são do sexo feminino e 17% do

sexo masculino, com média de idade de 21 anos, variando entre 18 e 58 anos. Todos os participantes se identificavam com o sexo de nascimento, ou seja, eram cisgêneros. Em relação à orientação sexual, 93% se declararam heterossexuais e 7% bissexuais conforme Tabela 1. No que se refere à cor/etnia, 59% se autodeclarou como parda, 27% preta e 14% branca. Quanto à religião, 79% afirmou possuir religião, dentre os quais 55% são evangélicos, 44% católicos e 1% são umbandistas. Em relação à graduação prévia, 91% dos respondentes não possuíam outra formação, enquanto 9% possuía graduação em outra área do conhecimento.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB, no semestre 2016.1

Variáveis	Recém-ingressos		Formandos		
	n	%	n	%	
Sexo	Feminino	58	83	11	61
	Masculino	12	17	7	39
Idade	18 – 19 anos	52	74	-	-
	20 – 24 anos	8	12	15	83
	26 – 33 anos	9	13	3	17
	34 – 58 anos	1	1	-	-
Estado Civil	Solteira (o)	64	91	17	94
	Casada (o)	6	9	1	6
Orientação Sexual	Heterossexual	65	93	16	89
	Homossexual	-	-	2	11
	Bissexual	5	7	-	-
Cor/Etnia	Parda (o)	41	59	12	67
	Preta (o)	19	27	4	22
	Branca (o)	10	14	2	11
Ensino médio	Instituição pública	40	57	11	61
	Instituição privada	25	36	7	39
	Instituição pública e privada	5	7	-	-
Procedência	Recôncavo da Bahia	41	59	7	39
	Salvador e Região Metropolitana	7	10	5	28
	Sertão da Bahia	7	10	2	11
	Outros	15	21	4	22
	1 salário mínimo (SM)	15	21	1	6

Renda	2 – 4 SM	33	47	9	50
	5 – 7 SM	10	14	5	28
	≥ 8 SM	5	7	3	16
	Não respondeu	7	11	-	-
Plano de saúde	Possui	18	26	11	61
	Não possui	52	74	7	39

Fonte: Elaborada pelos autores

Dentre os 18 formandos entrevistados, 61% são do sexo feminino e 39% do sexo masculino, com idade média de 23 anos, variando entre 26 e 58 anos. A maioria se declarou heterossexual (89%) e 11% homossexuais conforme Tabela 1. Em relação à cor/etnia, 66% se autodeclara parda, 22% preta, 6% amarela e 6% branca. Quando questionados se tinham religião, 72% afirmaram ter religião, dentre os quais 69% são católicos, 23% evangélicos e 8% adventistas do 7o dia; apenas 6% possuía outra graduação.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE

A Tabela 2 mostra a distribuição dos resultados após a análise temática e a categorização das repostas dos discentes em relação às suas concepções de saúde.

Tabela 2 – Concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB no semestre 2016.1

Concepções	Categorias	Recém-ingressos		Formandos	
		n	%	n	%
Saúde	Bem-estar	43	46,2	14	56
	Equilíbrio e/ou Harmonia	14	15,1	7	28
	Qualidade de vida	12	12,9	4	16
	Estilo de vida	7	7,5	-	-
	Ausência de doença	7	7,5	-	-
	Normalidade	6	6,5	-	-
	Outros	4	4,3	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores

Observa-se que os discentes recém-ingressos possuem uma maior variedade de concepções de saúde do que os formandos. Essa menor variação de concepções presente no grupo dos formandos pode ser explicada pela vivência na academia e pelas discussões que estudantes tiveram sobre a saúde durante a graduação. Segundo o Projeto Pedagógico do BIS/UFRB, o bacharel em saúde da UFRB “será capaz de compreender o campo da saúde a partir do contexto ambiental, nas dimensões social, econômica, cultural, epidemiológica, biológica, patológica, política e organizacional [...]” (UFRB, 2016, p. 19). Portanto, era de se esperar que uma maior porcentagem desses formandos tivesse uma concepção de saúde que englobasse as condições de vida, ou seja, ligada à qualidade de vida. Mas apenas a minoria dos formandos entrevistados (16%) apresentou em sua resposta, essa concepção.

Quando comparados com os calouros, nota-se que nenhum formando considerou a saúde como ausência de doença ou como estilo de vida. De certa forma, pode-se considerar que a experiência da graduação no BIS e as problematizações contribuíram, de certa maneira, para a superação dessas concepções negativas e reducionistas da saúde.

Bem-estar

Nesta primeira categoria foram alocadas as respostas dos discentes que relacionaram a saúde com o bem-estar físico, mental e social.

É um conceito bastante amplo que não envolve só ausência de doenças, mas também um bem-estar psíquico e social (R06).

Saúde seria o conjunto de práticas que promovem o bem-estar num indivíduo, bem como em toda uma sociedade [...] (R35).

Entendo saúde como uma composição de elementos interligados. O ‘ser/estar saudável’ pra mim depende de uma junção de bem-estar social, mental, espiritual e corporal [...] (R68).

Observa-se que as respostas desses discentes se assemelham ao conceito formulado pela OMS em 1948, que, mesmo com tantas críticas, evidencia um esforço para superar a visão negativa de saúde, quando incorpora outros fatores na saúde (LUZ, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados por Coelho e colaboradores

(2014), em um estudo realizado com os estudantes do 1º semestre do BIS da UFBA. Quando perguntados sobre suas concepções de saúde, 36% dos participantes recorreu a conceitos semelhantes ao da OMS para defini-la; do mesmo modo fizeram os formandos (50%), neste estudo.

Saúde é o bem-estar físico, mental, psicossocial e emocional (F06).

É um bem-estar psicológico, emocional e religioso. O aspecto físico não se encaixa em primeiro plano, mas também é essência (F13).

Para mim saúde é um estado de bem-estar mental e psicossocial. Havendo também uma esfera de bem-estar biológica. Porém, acredito que um indivíduo possa se considerar saudável independente do seu estado biológico (F16).

Na análise das falas dos formandos, pode-se observar que grande parte adicionou aspectos psicossociais ao conceito da OMS, em relação às falas dos recém-ingressos. No trabalho de Torres e colaboradores (2011), estudantes do 1º semestre de odontologia e de ciências sociais remeteram ao conceito de saúde da OMS, sendo que os termos “bem-estar” e “sentir-se bem” foram os que apareceram com maior frequência. Enquanto isso, os discentes do último semestre de odontologia incluíram aspectos de natureza socioeconômica em sua concepção.

Equilíbrio e/ou Harmonia

Relacionou-se aqui as falas que continham uma concepção de saúde que referenciava o equilíbrio e/ou a harmonia como seu fator principal. A ideia de equilíbrio/harmonia surgiu a partir da medicina hipocrática. Hipócrates foi pioneiro na utilização da racionalidade holística de saúde para explicar o processo saúde-doença, rompendo com as superstições e as concepções mágico-religiosas que até então predominava. Segundo Hipócrates, a saúde é resultante do equilíbrio entre o homem e o seu meio, ou seja, a homeostase (BARROS, 2002; BATISTELA, 2007; PRATA; SANTOS, 2009; SCLIAR, 2007).

Essa categoria representou 15,1% das falas dos discentes do 1º semestre, sendo assim a segunda concepção mais referida.

É o estado de equilíbrio entre o ser humano no meio em que vive (R29).

A saúde não se limita a uma perspectiva biológica de bem estar, mas envolve uma harmonia entre o bem estar físico, mental e espiritual (R35).

[...] É o equilíbrio tanto físico quanto mental. Atingir tal equilíbrio é um desafio para saúde devido a uma série de agentes que o inibe (R56).

Percebe-se que essas falas estão permeadas pelo conceito positivo de saúde. Pois, os discentes relacionam a saúde com o meio em que o indivíduo vive, sendo necessário um equilíbrio e uma harmonia entre o bem-estar físico, mental e espiritual. Supera-se, portanto, algumas limitações do conceito da OMS do pós-guerra. A saúde deixa de ser “o completo bem-estar” e passa a se configurar como o equilíbrio e a harmonia dos fatores elencados pela OMS, tornando-se um pouco mais tangível.

Entre os formandos, essa também foi a segunda concepção mais utilizada. Cerca de 28% dos que responderam esta questão mencionaram o equilíbrio e a harmonia em suas concepções, referindo-se à fluidez da saúde.

Saúde é um estado de equilíbrio biológico, psicológico e social (F02).

É um equilíbrio entre os diversos aspectos sociais, ambientais, psíquicos, fisiológicos e emocionais (F07).

Algo que de tão complexo não cabe num conceito, numa moldura. Saúde é mais que aspectos biopsicossociais, é a harmonia existente entre eles [...] (F18).

Portanto, constata-se que as concepções de saúde de alguns dos discentes, tanto do primeiro quanto do último semestre, associam-se com a medicina hipocrática criada há séculos. Percebe-se que não há uma evolução histórica do conceito de saúde, no sentido de que, com o tempo, certos conceitos não sejam mais utilizados. De certo, há uma ampliação do conceito. Observa-se que as concepções são permeadas por vários conceitos e que estes convivem até hoje, inclusive o formulado por Hipócrates.

Qualidade de vida

Esta categoria alocou as repostas dos estudantes que possuíam uma concepção ligada à qualidade de vida, ou seja, que relacionavam a saúde com as condições de vida. Dos calouros, 12,9% fizeram essa relação.

Estado no qual o corpo está provendo uma qualidade de vida estável (R03).

São junções de vários fatores que possibilite uma qualidade de vida, como: moradia, lazer e

saneamento (R32).

É a forma mais saudável (melhor), com condições dignas de vida que um sujeito (a) pode ter em todos os aspectos: social, mental e física [...] (R42).

A análise dessas falas evidenciou a correlação da saúde com a qualidade de vida. Nelas, os estudantes adicionaram novas facetas à saúde, considerando que a saúde é também de responsabilidade do Estado, e não apenas do indivíduo, como sugerem as ideias de saúde como bem-estar e equilíbrio/harmonia. Percebe-se também que para o discente R03 a qualidade de vida é dada pelo corpo e não pelo social, o corpo é que promove esse estado de vida estável. Porém, segundo Almeida Filho (2011) a qualidade de vida e a saúde são essencialmente dinâmicas. Dentre os formandos, 16% considerou também a qualidade de vida como relacionada à saúde.

Saúde é o bem estar físico, mental e social. Abrange aspectos relacionados às condições de vida, como condições de emprego, moradia, acesso aos bens culturais (inclui lazer) (F08).

Para além da definição de equilíbrio entre os aspectos biopsicossociais, saúde ou se saudável é a capacidade do indivíduo viver bem ou manter a qualidade de vida independente de estar ou não vivenciando uma doença (F10).

Verifica-se que essas respostas corroboram com a perspectiva de Buss (2002) no entendimento de que a saúde é produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida, tais como: alimentação e nutrição adequada, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação de qualidade, apoio social, estilo de vida responsável e cuidados de saúde, ou seja, os determinantes sociais da saúde. Para tanto, faz-se necessário políticas públicas que visem condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das coletividades, ou seja, políticas de promoção da saúde. A promoção da saúde desponta como uma nova e ampla prática ligada a uma concepção de saúde não centrada na doença, mas na capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, segundo a qual a saúde é resultado de um processo de produção social que é expressa na qualidade de vida. (BUSS, 2002; BRASIL, 2002; HEIDMANN, 2006)

Em um estudo realizado com o movimento estudantil da área de saúde, que compunha a diretoria da União Nacional dos Estudantes (UNE), observou-se que poucos estudantes possuíam uma concepção de saúde ligada à determinação social do processo saúde-doença; a maioria propôs a responsabilização do indivíduo pela

manutenção das suas condições de vida. As autoras relacionaram esse resultado com o fato do espaço reduzido da Saúde Coletiva nos cursos de graduação da área da saúde (REIS et al 2010). Haja vista que o BIS da UFRB possui suas bases alicerçadas na Saúde Coletiva, era de se esperar uma maior porcentagem dos formandos com uma percepção de saúde na perspectiva da qualidade de vida, da promoção da saúde e de seus determinantes sociais.

Estilo de vida

Nesta categoria, 7,5% dos discentes recém-ingressos no BIS identificaram a saúde como resultado do estilo de vida que o indivíduo possui. Entende-se estilo de vida como o conjunto de ações que o indivíduo realiza que afeta a sua saúde, tais como, hábitos alimentares, atividade física e de lazer (HEIDMANN, 2006).

[...] Para quem se considera saudável é necessário manter-se com uma boa alimentação e práticas de atividades físicas, pois auxilia na saúde e trata de doença. (R14).

É sentir-se bem, disposto no trabalho/escola em geral. Manter boa alimentação, prática de esportes [...](R44).

É o cuidado que deve ser mantido com o corpo e mente para prolongar a vivência, permanecer saudável (R61).

Constata-se, na leitura das respostas, a culpabilização do indivíduo como agente único da sua saúde, e a responsabilização por suas doenças e agravos, cujas causas estão fora de sua alçada. Nessa compreensão de saúde, observa-se uma redução do conceito de saúde, pois desconsidera as condições de vida como fator determinante da mesma.

A concepção de saúde como estilo de vida ganhou ascensão com o movimento de promoção da saúde desencadeado no Canadá através do Informe Lalonde em 1974, que decompôs o campo da saúde em quatro componentes: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde. Porém, na prática essa concepção se traduziu apenas em ações individuais voltadas para mudanças dos estilos de vida. Negligenciando o contexto político e socioeconômico em que está imerso o indivíduo (BUSS, 2000; HEIDMANN, 2006).

Ressalta-se que nenhum dos formandos associou a saúde ao estilo de vida. Por isso pode-se inferir que, provavelmente, esse resultado se deveu à vivência e

problematização do tema durante todo o curso, que é centrado no conceito ampliado da saúde.

Ausência de doença

Nesta categoria encontram-se os estudantes que relataram que a saúde existe devido à ausência de doença, de acordo com a teoria boorseana (ALMEIDA FILHO, 2011). Dos recém-ingressos no curso, 7,5% afirmaram que a saúde e a doença não podem coexistir em um mesmo tempo, espaço e indivíduo.

A falta de doenças [...] (R13).

Saúde se refere ao estado em que o corpo funciona sem anomalias (R15).

A saúde do indivíduo está ligada a exclusão de doenças e/ou saúde mental [...] (R24).

Trata-se de uma das concepções mais restritas e reducionistas do conceito de saúde, que desconsidera todo o contexto social, econômico e cultural em que o indivíduo vive. Evidencia-se que nenhum formando possui essa concepção de saúde. Por isso o BIS pode ser um dos responsáveis por este resultado, ao promover debates acerca do conceito de saúde.

Em consonância com esse resultado, em um estudo realizado com estudantes de fisioterapia, constatou-se que a preocupação com a saúde melhorou lenta e progressivamente quando se comparou as concepções de saúde dos estudantes do 1º ano com os do 3º ano; observou-se uma redução de 11% entre os discentes que entendem a saúde como ausência de doença. O autor relacionou essa redução à implantação do modelo de ensino Problem-Based Learning (PBL), centrado na aprendizagem do aluno e no desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo (HEMES et al, 2016), muito próximo da metodologia de problematização utilizada no BIS da UFRB (UFRB, 2014).

Normalidade

Nesta categoria, 6,5% dos discentes recém-ingressos associou a saúde com a normalidade das funções orgânicas, enquanto que nenhum dos formandos fez tal associação.

É quando o organismo e seus sistemas exercem suas funções normalmente. Ter saúde é ter um bom desenvolvimento do corpo e das atividades num todo (R31).

É quando o indivíduo consegue viver normalmente [...] (R48).

Nota-se que essas respostas se aproximam muito do pensamento do filósofo alemão Hans-Georg Gadamer, discípulo de Husserl e Heidegger, considerando que assim como os discente, Gadamer acredita e defende o caráter oculto da saúde, ou seja, enquanto a doença possui um caráter insurrecional da “falta”, a saúde não se revela às outras pessoas e nem ao próprio indivíduo. Assim, ele consegue viver normalmente, como disse o discente R48.

De acordo com Gadamer

saúde é algo que se subtrai a tudo isso de uma maneira peculiar. Saúde não é algo que se apresenta como tal num exame, mas algo que existe justamente por se subtrair a um exame. Saúde não nos é, então, algo permanentemente consciente e ela não nos acompanha de forma preocupante como a doença. Não é algo que nos advirta ou convide ao contínuo autotratamento. Ela pertence ao milagre do auto-esquecimento (2006, p. 103).

Nessa perspectiva a saúde não possui uma concepção estritamente biológica. A saúde torna-se algo estritamente individual, singular, privado, subjetivo, enigmático e inerente a condição humana (ALMEIDA, 2011). Portanto, a saúde não deve ser reduzida a objeto da ciência e tampouco pode ser mensurada.

Outros

Nesta categoria encontram-se as respostas que não obtiveram um número significativo, ou seja, de no mínimo quatro respostas para compor uma nova categoria específica; 4,3% das respostas dos discentes do primeiro semestre compõem esta categoria. Nenhuma das respostas dos formandos foram classificadas nesta categoria.

Saúde para mim é uma área que se dedica a cuidar de pessoas, prevenindo doenças, tratando-as ou até eliminando-as (R02).

Saúde é um bem primordial onde todas as pessoas deveriam ter acesso. Ser da saúde é ter a arte de cuidar do outro com um olhar mais humano, ter zelo e cuidado para o paciente (R19).

[...] É estar frequentemente visitando médicos especializados em cada área, afim de manter sua saúde em dias de forma saudável e responsável (R52).

Observa-se que não há uma homogeneidade nessas respostas. Alguns, quando perguntados sobre o que é a saúde, consideraram-na como um campo, uma área da ciência que se concentra no cuidado, prevenção e cura das doenças. Outros relacionaram a saúde com o fazer médico, com uma concepção de saúde centrada em uma visão biomédica, além de responsabilizar apenas o indivíduo pelo estado de sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, pela análise das respostas dos estudantes, que persiste uma diversidade de conceitos sobre a saúde. Tal diversidade fica mais evidente entre os discentes recém-ingressos no BIS, do que entre os formandos. Observa-se que nenhum dos formandos possuía uma concepção negativa e reducionista da saúde, demonstrando que uma formação superior interdisciplinar pode superar essas concepções.

Considerando essa formação, presumia-se que a maioria dos formandos tivesse uma concepção ligada à qualidade de vida, o que não aconteceu. Porém, constatou-se uma menor variabilidade das concepções de saúde dos formandos, pois grande parte deles concebeu a saúde como bem-estar psicossocial e preteriu os determinantes sociais da saúde na formulação de sua concepção.

Tendo em vista que as concepções de saúde poderão nortear e subsidiar a prática desses futuros profissionais, são necessários novos estudos que procurem entender porque a maioria os formandos vincularam suas concepções de saúde ao conceito da OMS, que não reproduz o debate conceitual mais atual acerca da saúde, mas, ainda assim, está muito presente no discurso dos discentes, calouros ou formandos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. A universidade brasileira num contexto globalizado de mercantilização do ensino superior: colleges vs. Vikings. *Revista Lusófona de Educação, Lisboa*, v. 32, p. 11-30, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/reducacao/article/view/5508>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ALMEIDA- FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 4-20, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/YvV2eB> >. Acesso em: 10 jun. 2017

ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 433-450, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/bD7QPC>>. Acesso em 10 jun. 2017.

ALMEIDA-FILHO, N.; JUCÁ, S. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. Disponível em:< <https://goo.gl/dLXD5G> >. Acesso em: 22 jan. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em:< <https://goo.gl/r6hQpz> >. Acesso em: 25 abr. 2017.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/92 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 51. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/QFBA6v>> . Acesso em: 05 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da

Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2002. p. 1-56.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 02 maio 2017.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163,177, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/DDqTRb>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais, **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A. & MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

COELHO, M. T. A. D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D (Org.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 111-126.

COELHO, M. T. A. D.; SANTOS, V. P.; ROCHA, D. M. P. Concepções e práticas de saúde e doença de alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: COELHO, M.T.A.D.; TEIXEIRA, C. F (Org.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 117-128.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, R. G (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun. 1986. Disponível em: <<https://goo.gl/R4tvNz>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: A concepção positiva de saúde como referencial teórico (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P de; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 57-76.

GONÇALVES, D. V. C. et al. Percepção sobre o Adoecimento entre Estudantes de Curso da Área da Saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 102-111, mar. 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/wHjvrS>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. de 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>>. Acesso em 16 abr. 2017.

HERMES, F. C et al. A concepção de estudantes de fisioterapia que participam do ensino baseado em problemas sobre o processo saúde-doença. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 627-634, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0627.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**. Londres, v. 343, n. 4163, p. 1-3, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/91CGWQ>>. Acesso em: 05 abr 2017.

KICKHÖFEL, E. H. P. A Lição de anatomia de Andreas Vesalius e a ciência moderna. *Scientiae Studia*, v. 1, n. 3, p. 389-404, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662003000300008>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

LE BRETON, D. *Antropologia do corpo e modernidade*. 3 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJU & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJU, 2006.

MINAYO, M.C S. Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39. Disponível em: <<https://goo.gl/mDr1f6>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), Nova Iorque, p. 1-9, 1946. Disponível em: <<https://goo.gl/bXMNku>>. Acesso em 10 jul. 2017.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Orgs.) **Informação e diagnóstico de situação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar)

PRATTA, E.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009. Disponível em: < <https://goo.gl/oixkjj>>. Acesso em: 17mar 2017.

REIS, A. M. dos; SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 347-357, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/11.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2017.

RODRIGUES, J. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p 291-310, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/P6bYqY>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

SANTANA, L. A. A. et al. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P de; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 31-56.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/eVxti3>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SILVA, C. F., et al. Sentidos sobre saúde e doença atribuídos por homens que vivenciam o diabetes mellitus tipo2: “ Sim, é possível ser saudável na presença de doença”. In 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2016, Cuiabá. **Anais do 7º CBCSHS**. Cuiabá: Abrasco, 22 dez. 2016. 506 p. p. 343.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1635-1646, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/ijCPBq>>. Acesso em 10 jun. 2017.

TORRES, M. F. M.; CARVALHO, F. R.; MARTINS, M. D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1409-1415, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a76v16s1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Centro de Ciências da Saúde. 2014. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/ccs/cursos-de-graduacao/cursos-de-graduacao/bis>>. Acesso em: 20 set. 2016.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p.82 -88, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

2.2 ARTIGO 2 - CONCEPÇÕES DOS DISCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB SOBRE DOENÇA

RESUMO

O modelo atual de formação em saúde tem se fundamentado no modelo flexneriano e suas distorções, ignorando perspectivas humanistas e privilegiando uma formação em saúde hospitalocêntrica e especializada que demonstra-se ineficaz na resolutividade dos problemas sociais em saúde, tais como vulnerabilidade, iniquidade e racismos. No intuito de transformar essa formação constituída a partir do modelo biomédico que entende a doença como alterações fisiopatológicas, surge o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar a percepção dos estudantes recém-ingressos e formandos do BIS da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) sobre o fenômeno doença, buscando entender a responsabilidade deste curso na construção de um conceito ampliado da doença. Trata-se de um estudo de caráter exploratório e analítico, que dispõe de uma abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 70 (78%) discentes recém-ingressos dos 90 matriculados e 18 dos 28 formandos (64%). Estes discentes responderam um questionário estruturado com questões abertas, fechadas e de múltipla escolha, na sala de aula e sem consulta. Os dados produzidos sobre as concepções de doença dos discentes foram analisados conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), emergindo as seguintes categorias: alteração do bem-estar, estado patológico, alterações na qualidade de vida, desequilíbrio e/ou desarmonia, incapacidade funcional e anormalidade. Na análise das falas, observou-se uma maior diversidade de percepção da doença no grupo dos discentes recém-ingressos do que no dos formandos. Portanto, há uma menor variabilidade da compreensão da doença entre os formandos. Porém, nenhum formando possui uma concepção negativa e restrita da doença, enquanto que alguns discentes recém-ingressos possuíam. Diante da análise das categorias, compreendeu-se que há um avanço com as possibilidades de discussões e quebras de paradigmas que o BIS proporciona ao campo da formação superior em saúde.

PALAVRAS-CHAVES: Doença. Estudantes. Educação Superior.

ABSTRACT

The current model of health education has been based on the Flexnerian model and its distortions, ignoring humanistic perspectives and privileging a hospital-centered and specialized health training that proves ineffective in resolving social health problems, such as vulnerability, inequity and racism. In order to transform this training based on the biomedical model that understands the disease as pathophysiological changes, the Interdisciplinary Bachelor of Health (BIS) emerges. In this sense, the present work aims to describe and analyze the perception of the newly enrolled students and BIS graduates of the Federal University of Recôncavo of Bahia (UFRB) on the disease phenomenon, seeking to understand the responsibility of this course in the construction of an expanded concept of the disease. It is an exploratory and analytical study that has a qualitative approach. Seventy students (78%) of the 90 enrolled students and 18 of the 28 graduate students (64%) participated in the study. These students answered a structured questionnaire with open, closed and multiple choice questions in the classroom without consultation. The data produced on the students' conceptions of illness were analyzed according to the content analysis proposed by Bardin (2009). The following categories emerged: altered well-being, pathological status, changes in quality of life, imbalance and / or disharmony, functional disability and abnormality. In the analysis of the speeches, a greater diversity of perception of the disease was observed in the group of students who are new entrants than in those of the graduates. Therefore, there is a lower variability in the understanding of the disease among graduates. However, no graduate has a negative and restricted conception of the disease, while some newcomers have. In the analysis of the categories, it was understood that there is an advance with the possibilities of discussions and breaks of paradigms that the BIS provides to the field of the superior formation in health.

KEYWORDS: Disease. Students. Education, Higher.

INTRODUÇÃO

A complexidade do conceito de doença está associada à inerente diversidade de concepções que esse fenômeno possui dentro de uma mesma sociedade. Nesse sentido, a fim de entender e caracterizar a doença, a antropologia médica anglo-saxônica atribuiu sentidos distintos às diversas dimensões da doença, a saber, *disease* sinalizaria a dimensão biológica, *illness* a experiencial e *sickness* a repercussão e o entendimento em termos socioculturais. Contudo, com o fortalecimento da biomedicina, a doença restringiu-se à dimensão biológica (ALMEIDA FILHO, 2011; COELHO et al, 2014; KLEINMAN, 1980).

Em consequência da hegemonia do modelo biomédico e da distorção do modelo flexneriano de formação em saúde, criticada por Almeida Filho (2010), a doença passa a se configurar como objeto principal das práticas de saúde. No entanto, essas práticas têm se demonstrado ineficazes, pois distanciaram o profissional da saúde da realidade sociocultural, histórica, econômica e espiritual em que o sujeito/paciente está inserido, sendo necessário a reestruturação e reorganização do modelo de formação em saúde (CAMARGO JUNIOR et al., 2013; DEMÉTRIO et al., 2016).

Para tanto, faz-se necessário restabelecer as relações entre a formação geral e técnica. Desta forma, a discussão do processo saúde-doença deve ser o eixo estrutural nos currículos de formação em saúde, objetivando superar a concepção de educação puramente tecnicista, formando cidadãos críticos capazes de compreender e atuar na transformação das práticas de saúde, da realidade social e de saúde da população (BATISTELA, 2007; TEIXEIRA; COELHO, 2017; SANTANA et al., 2016).

Diante dessa necessidade de formar profissionais de saúde com competência ética, humanística, política e que entendam a doença a partir das mais diversas dimensões, surge o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Esse curso de formação geral no campo da saúde articula saberes à cultura artística, científica e humanística, promove a produção de conhecimentos e práticas interdisciplinares fundamentadas na concepção positiva de saúde e no processo de adoecimento enquanto evidência simbólica (UFRB, 2014).

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever e analisar a percepção dos estudantes recém-ingressos e formandos do BIS da UFRB acerca da

doença. Tendo em vista que os fenômenos saúde e doença são intrínsecos à condição humana, este trabalho pretende analisar as diferenças entre os discursos dos discentes que acabaram de ingressar no BIS e dos que estão concluindo sua graduação, e assim, entender o papel do BIS na construção de um conceito abrangente da doença. Considerando o caráter inovador do curso no campo da formação em saúde, torna-se relevante este tipo de estudo. Procura-se também analisar os resultados desse estudos à luz dos objetivos do Projeto Político Pedagógico do Curso e o perfil do egresso proposto com os resultados encontrados nesta pesquisa.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na contemporaneidade, evidencia-se a hegemonia da biomedicina acerca de questões relacionadas ao adoecer. Baseada no biologicismo, na redução e fragmentação do corpo, a biomedicina emerge a partir do advento da ciência moderna durante o Renascimento e do dualismo entre a mente e o corpo, consolidado por Descartes, que desassociou o corpo da mente respaldado numa concepção mecanicista da vida (CZERESNIA, 2007; PRATTA; SANTOS, 2009).

Segundo essa concepção, o corpo deve ser entendido como uma máquina, podendo ser fracionado e reparado. Nesse sentido, adoecer significa um defeito no funcionamento de um órgão, ou seja, de uma “peça”. Assim, as práticas biomédicas direcionaram seu raciocínio clínico para a lesão primária do órgão afetado, suprimindo outros aspectos que poderiam influenciar no curso da doença, mas que não estão relacionados diretamente com a biologia (PRATTA; SANTOS, 2009).

Nessa conjuntura, a medicina apropria-se da concepção biológica da doença, como teoria das doenças, a qual valoriza meramente a interpretação dos sinais físicos e dos sintomas, em busca de uma explicação anatomopatológica. Por esse motivo, há uma objetivação do corpo e das doenças, que se reduziram à performance dos órgãos e a sua entidade nosológica (ALVES, 2018; CZERESNIA, 2007; PRATTA; SANTOS, 2009).

A doença sempre fez parte do imaginário social, sobretudo a doença transmissível, e a humanidade sempre procurou respostas para este fenômeno. Antes do nascimento do modelo biomédico, a maioria das percepções de doença era regida pela “concepção mágico-religiosa, que partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do

pecado ou de maldição” (SCLIAR, 2007, p. 30).

Competiu à religiosidade, com sua diversidade de práticas e culturas, a prevenção, a proteção e a cura das doenças, ou seja, o desenvolvimento inicial da prática médica. Os líderes espirituais das mais diversas culturas eram, e ainda são, os responsáveis pela cura através da relação com o plano sobrenatural, eliminando os maus espíritos. Para o Cristianismo, a doença era marca do pecado e da insubordinação aos princípios divinos, sendo necessário o reconhecimento do pecado, o arrependimento e a sua confissão para obtenção da cura (BATISTELLA, 2007; SCLIAR, 2007).

Os gregos foram os primeiros a discordarem das concepções mágico-religiosas, rompendo com as superstições e propondo uma explicação mais racional para a doença. Hipócrates a entendia como uma alteração fisiológica, ou seja, na homeostase entre o corpo e o ambiente. A teoria hipocrática baseava-se na apreciação da observação empírica, dando início a práticas de saúde e cuidado tais como a dietética e a higiene pessoal, do mesmo modo que começou a valorizar o estilo de vida e seus procedimentos que buscavam o restabelecimento da harmonia, isto é, a cura (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; SCLIAR, 2007).

Portanto, segundo a teoria hipocrática, as doenças são explicadas por causas naturais e as intervenções durante as epidemias se baseavam nesta concepção naturalista. Essas intervenções caracterizavam-se principalmente pelo isolamento dos doentes, dando início ao sistema da quarentena e ao aumento da estigmatização das doenças. Postulou-se também, a partir de Hipócrates, a teoria dos miasmas, que entendiam as doenças como resultado da inalação do ar de lugares insalubres. Somente com o racionalismo de Descartes, no século XVII, a teoria miasmática começa a ser refutada (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; SCLIAR, 2007).

Através do seu método cartesiano e do dualismo, Descartes influenciou diretamente e/ou indiretamente a criação do método anátomo-clínico, resultando na gênese do modelo biomédico que, por sua vez, foi acolhido pela clínica médica, marcando o início da medicina moderna (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; MENDONÇA, CAMARGO JÚNIOR, 2016). A clínica médica nasceu, portanto, no fim do século XVIII, com uma perspectiva quantitativa, baseada em dados de observação e experimentação, permeada de empirismo, metodologia e objetividade, conforme relata Michel Foucault (2014) em seu livro *O nascimento da clínica*.

[...]para a clínica, doenças são coisas da existência concreta, fixo e imutável, de lugar para lugar, de pessoa para pessoa, expressa um conjunto de sintomas e sinais que são manifestações de lesões, que devem ser encontrados dentro do corpo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. Esta “teoria da doença” foi construída a partir do nascimento da clínica no século XVIII a partir de uma coleção de exemplos compartilhados pelos médicos durante a sua aprendizagem e prática profissional, construindo, assim, o ponto nodal do seu conhecimento e prática (BELARDO; CARMARGO JÚNIOR, 2018, p. 3086).

Durante o final do século XVIII e início do XIX, a medicina atravessou extensas modificações na sua prática, no ensino e no saber médico. O hospital tornou-se o principal local de pesquisa e ensino, considerando sua capacidade de agregar grande número de doentes necessários para observação e sistematização das descrições anátomo-patológicas das diversas patologias, além das inúmeras necropsias realizadas que fundamentariam esses dados obtidos (CAMARGO JÚNIOR, 2013).

Segundo Foucault (2007), antes do século XVIII, a função principal do hospital era de assistência aos pobres, assim como de segregação e exclusão desses doentes. Para ele, “o pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso” (FOUCAULT, 2007, p. 101). Portanto, o hospital não se configurava como um lugar de cuidado, muito menos de cura, mas como um “morredouro” de pobres. A medicalização do hospital só ocorreu com a adoção de técnicas de poder disciplinar e médica de intervenção sobre o meio.

Desse modo, o hospital passou a se configurar como um lugar de formação e de cura, resultando na transformação do saber e da prática médica. Anteriormente, “o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra doença” (FOUCAULT, 2007, p. 103). Isto é, a medicina era restrita à observação do doente e da doença, além de extremamente individualista. É partir dessa mudança de paradigma que o indivíduo e a população tornam-se objetos de saber e alvos da intervenção médica.

Diante do desenvolvimento da teoria microbiana postulada por Pasteur e Robert Koch, descobriu-se o agente causal de algumas doenças permitindo que o diagnóstico clínico, etiológico e sindrômico, assim como a intervenção (médica) terapêutica ganhassem extrema importância na clínica em comparação às outras formas de cuidado. Conseqüentemente, o laboratório torna-se o lugar de produção da doença, não cabendo mais exclusivamente ao médico esse papel (CZERESNIA;

MACIEL; OVIEDO, 2013; FOUCAULT, 2007).

Considerado mentor de Michel Foucault, o filósofo francês Georges Canguilhem publicou em 1943 sua obra inaugural, *O Normal e o Patológico*, refutando o positivismo biológico do conceito de doença e demonstrando que a definição de normal da medicina derivava basicamente da fisiologia. Para Canguilhem (2009), considerar os valores médios das constantes fisiológicas humanas como a expressão de normas coletivas de vida seria dizer que a espécie humana inventa modos de ser fisiológicos. Dessa forma, não é uma média estatística com valor de p significativo que vai permitir determinar se um indivíduo é normal ou não.

Segundo Canguilhem (2009), a doença não é a ausência de uma norma biológica, muito menos de saúde, é uma norma diferente. Portanto,

Não é absurdo considerar o estado patológico como normal, na medida em que exprime uma relação com a normatividade da vida. Seria absurdo, porém, considerar esse normal idêntico ao normal fisiológico, pois trata-se de normas diferentes. Não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver. (CANGUILHEM, 2009, p. 92).

Em contraponto ao pensamento de Canguilhem, o filósofo norte-americano e professor da Universidade de Delaware, Christopher Boorse, em 1977, fundamenta seu modelo teórico com base na biologia, sobretudo na fisiologia e na bioestatística (BOORSE, 1977). De acordo com sua teoria, a doença é um tipo de estado interno que prejudica a saúde, isto é, reduz uma ou mais habilidades funcionais abaixo da eficiência típica.

Em 2014, em resposta às diversas críticas que seu modelo teórico funcionalista recebeu, Boorse reafirma que a saúde é a ausência total de condições patológicas e, como tal, deve ser livre de valores, pois se trata de uma noção científica. Essa perspectiva é contrária a de autores como Laplatine (2004), para quem

[...] a doença e a saúde não são fatos “objetivos”, pois são comandadas por julgamentos de valor (a saúde chega a ser o protótipo de todo valor, se acreditamos na etimologia da palavra valor, que vem de *valere*: estar bem) e não existe valor sem referência, implícita ou explícita, ao social. Estar doente, estar bem de saúde são noções que transbordam de significações (econômicas, políticas, morais, religiosas, existenciais), mas toda sociedade opta por uma certa ideia da normalidade que é necessariamente acompanhada por uma capacidade normativa e, para alguns, por uma normalização dos comportamentos (p. 102).

Nesse novo ensaio, Boorse (2014) propõe apenas uma única mudança, que é o de patologização do envelhecimento normal, alegando que o patológico é uma subnormalidade da função, assim como acontece no envelhecimento. Portanto, não há nada de errado em patologizar o patológico; ao contrário, o que está errado é recusar-se a patologizar o patológico em bases políticas.

A teoria funcionalista de Boorse baseia-se na epidemiologia moderna que se originou, em 1849, com John Snow e seu trabalho sobre a Maneira de Transmissão do Cólera. Desde então, a disseminação de doenças passou a ser entendida a partir da perspectiva da transmissão, incentivando estudos que objetivam a descoberta da via de infecção e da causa específica. Na década de 60, a Epidemiologia passa por uma matematização servindo como um poderoso mito de razão, imprescindível para o confronto com a experiência clínica médica ou a demonstração experimental enquanto supostas evidências da pesquisa médica. Assim como Boorse, outros autores fundamentaram suas teorias na Epidemiologia moderna, como Leavell e Clark (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; ALMEIDA FILHO, 1986).

Leavell e Clark (1976) desenvolveram o modelo de História Natural da Doença, que compreende a determinação de doenças por meio da interação de dois domínios: o meio ambiente propício à determinação da doença e o meio interno, em que se desenvolve a doença. Segundo esse modelo, a evolução dos processos patológicos decorre de dois períodos: pré-patogênese, quando não há repercussão clínica, mas existe interações com o meio ambiente que permitirá o desenvolvimento da doença, e a patogênese, no qual o processo patológico já é efetivo, ocorrendo interação agente-sujeito, alterações fisiopatológicas, estágio clínico e cronicidade.

Segundo Almeida Filho (2011), há um progresso no modelo de História Natural das Doenças em relação ao modelo biomédico, pois ele reconhece a doença como uma multicausalidade e possibilita uma razão lógica aos diferentes métodos de prevenção e controle de doenças. Porém, Almeida Filho (2011) tece diversas críticas a esse modelo, haja vista que a determinação das doenças não se dá meramente devido à multicausalidade e esta por si só não pode reproduzir a realidade.

[...] a 'história natural das doenças' pode ser histórica, mas de maneira alguma é natural. [...] Portanto, será certamente mais adequado se falar em 'história social da saúde', em processos da saúde-doença-cuidado e em objeto complexo da saúde, visando a estender o escopo de estudo dos fenômenos relativos a saúde, ação e vida, assim como sofrimento, dor, aflições e morte de seres humanos, transcendendo o âmbito biológico

restrito para uma abordagem dos sistemas ecossociais e culturais (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 51-52).

Kleinman e colaboradores (1978) propuseram um modelo que contemplasse os componentes não biológicos do fenômeno saúde e doença. Nesse sentido, a enfermidade (sickness) obteve maior evidência nessa concepção, com ênfase em aspectos sociais e culturais. Para os autores, doença concerne a alterações fisiopatológicas, assim como no modelo biomédico. A moléstia (illness) reporta-se à experiência e à percepção individual frente à doença, e a enfermidade (sickness) está relacionada com os processos de significação social da doença.

Segundo Almeida Filho (2011), houve um notório avanço com o modelo de Kleinman e colaboradores em relação ao modelo biomédico. Todavia, este modelo permanecia restrito à intervenção curativa, “focalizando o retorno do enfermo ao funcionamento normal e à vida sadia, sem problematizar o que seria essa normalidade e sem efetivamente explicar a qual conceito de saúde se vinculam (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 87).”.

Por intermédio de Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, isto é, da fenomenologia, Rabelo e colaboradores (1999) afirmam que uma abordagem centrada na experiência permite distinguir aspectos da aflição e do tratamento das doenças que escapam tanto às pesquisas influenciadas pelo modelo biomédico, quanto aos estudos tradicionais antropológicos e sociológicos. De acordo com os autores, a biomedicina substitui o corpo vivido por um mero objeto de estudo anatomoclínico e as ciências sociais enfatizam os aspectos simbólicos da doença e cura, desvalorizando as sensações e práticas. Antes de ser teórica, a doença é uma questão prática.

Cunha (2015) e Sarti (2010) afirmam que as concepções da doença e do sofrimento, assim como do corpo e da dor, ultrapassam os limites impostos pela disciplinarização firmada pelo campo científico; conseqüentemente observa-se uma cisão entre as ciências humanas e biológicas. Dessa forma, a antropologia médica está substanciada pela biomedicina e seus aspectos fisiológicos da doença (disease), e a antropologia da doença (ou saúde) remete às ciências da cultura para compreensão da doença (illness).

Diante dessa problemática, alguns pesquisadores como Annemarie Mol (2002), Tim Ingold (2000) têm-se dedicado a superar essa divisão disciplinar do conhecimento produzido no mundo acadêmico. Para tanto, estes autores conduzem

seus estudos fundamentados na interdisciplinaridade e na práxis, preterindo os sistemas de significação. Segundo Alves (2018)

[...] a doença se constitui como algo que é feito na prática e de práticas, na sua materialidade, nas associações que os atores realizam em situações dadas, concretas. Assim, a doença deixa de ser vista segundo um modelo “essencialista” (uma entidade sobre a qual pode se formular diversos pontos de vista) para ser compreendida como uma totalidade aberta construída em um campo de práticas (p.387).

Portanto, observa-se que o conceito de doença é perpassado por diversos fatores que influenciam a percepção daqueles que convivem com uma doença, assim como dos que pesquisam e intervêm em processos de adoecimento, cronicidade, cura e morte. Por isso, deve-se fomentar a interdisciplinaridade a fim de garantir modelos explicativos alicerçados no conceito positivo da saúde e ampliado da doença (ALMEIDA FILHO, 2011).

METODOLOGIA

Este estudo de caráter exploratório e analítico utilizou uma abordagem qualitativa, integrando uma pesquisa mais ampla sobre as concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde-doença, vinculada ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos/UFBA. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, com parecer de número 741.187 e CAAE: 30906414.0.0000.5531.

A pesquisa ocorreu com os estudantes recém-ingressos e formandos do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB, de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Desta forma, estariam aptos a participar da pesquisa os estudantes matriculados no primeiro ou no último semestre.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado, constituído de 58 perguntas entre abertas, fechadas e de múltipla escolha, sobre as concepções e práticas de saúde e doença, além de questões sociodemográficas. Para este artigo, foram utilizadas apenas as respostas à pergunta aberta ‘O que é doença para você?’ e as questões relativas aos dados sociodemográficos. Os estudantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE).

A produção de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira foi realizada a identificação dos discentes junto ao colegiado do BIS, onde foram identificados 90 alunos matriculados no primeiro semestre e 28 no último semestre do curso, no período letivo de 2016.2. Essa diferença quantitativa entre recém-ingressos e formandos resulta-se do aumento do número de vagas no Sisu em 2014, de 50 vagas semestrais para 100. Na segunda etapa, procedeu-se a aplicação do questionário em sala de aula, o qual foi respondido manualmente pelos discentes e sem consulta.

Participaram da pesquisa 70 (78%) discentes recém-ingressos dos 90 matriculados e 18 dos 28 formandos (64%). Cada questionário recebeu um número de identificação, além da letra R para os recém-ingressos e F para os formandos, com o objetivo de preservar a identidade dos participantes.

Os dados produzidos compuseram uma matriz no software Microsoft Excel e foram analisados conforme a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2009). Esta análise compreendeu, inicialmente, a fase de leitura flutuante dos questionários, com a finalidade de conhecer e buscar as primeiras impressões sobre as concepções de doença desses estudantes. Após novas leituras mais precisas e aprofundadas, buscou-se identificar as unidades de significação, emergindo as seguintes categorias: alterações do bem-estar, estado patológico, alterações na qualidade de vida, desequilíbrio e/ou desarmonia, incapacidade funcional e anormalidade. Contudo, algumas respostas abrangiam mais de uma categoria. Por fim, buscou-se interpretar o discurso dos estudantes à luz do referencial teórico sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Participaram do estudo 70 discentes recém-ingressos no BIS, dentre os quais 83% são do sexo feminino e 17% do sexo masculino, com média de idade de 21 anos. No que se refere à cor/etnia, 59% se autodeclarou como parda, 27% preta e 14% branca. A maioria (57%) cursou o ensino médio em uma instituição pública de ensino, 36% em instituição privada e 7% em ambas. Ainda sobre os recém-ingressos, 91%

não possuía uma formação prévia ao ingresso no BIS, enquanto que 9% possuía graduação em outras áreas do conhecimento.

Referente aos formandos, dos 18 participantes, 61% são do sexo feminino e 39% do sexo masculino, com idade média de 23 anos. Em relação à cor/etnia, 66% se autodeclara parda, 22% preta, 6% branca e 6% amarela. 61% dos formandos entrevistados cursaram todo o ensino médio em uma instituição pública e 39% em instituição privada de ensino. Ademais, apenas 6% possuía uma graduação antes de ingressar no BIS.

CONCEPÇÕES DE DOENÇA

A Tabela 1 apresenta a distribuição das concepções de doença dos discentes após análise temática e categorização conforme Bardin (2009) sugere.

Tabela 1 – Concepções de doença dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB no semestre 2016.1

<i>Concepções</i>	<i>Categorias</i>	<i>Recém-ingressos</i>		<i>Formandos</i>	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Doença	Alterações do bem-estar	21	29,2	5	27,8
	Estado Patológico	13	18	-	-
	Alterações na Qualidade de vida	12	16,7	-	-
	Desequilíbrio e/ou Desarmonia	11	15,3	13	72,2
	Incapacidade funcional	9	12,5	-	-
	Anormalidade	6	8,3	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores

Analisando a Tabela 1, faz-se importante expressar que uma única categoria não contempla a complexidade do fenômeno doença, mas o conjunto dessas categorias consegue se aproxima dela. O conceito de doença abrange todas as suas singularidades, em suas dimensões social, biológica, cultural, simbólica, econômica, política e epidemiológica.

Nota-se que existe uma maior diversidade de concepções no grupo dos discentes recém-ingressos do que no dos formandos. Desta forma, a experiência vivida no BIS pode ter incentivado a menor variabilidade do discurso desses formandos. Esse resultado se diferencia do de outros estudos, a exemplo do de

Gonçalves e colaboradores (2014), que em sua pesquisa sobre as percepções dos discentes da área da saúde sobre o adoecimento, concluíram que a diversidade de conceitos persistia entre os formandos quando comparados com os recém-ingressos. Segundo os autores, a graduação contribuiu para modificar as percepções que os discentes apresentavam antes do ingresso, mas não forçou uma uniformização.

O BIS baseia-se no entendimento da complexidade do processo saúde-doença em seus múltiplos aspectos, do biológico ao psicossocial, do plano individual ao coletivo, das políticas às práticas sociais e dos problemas às necessidades de saúde. Configura-se como uma educação emancipadora e cidadã, objetivando a formação de sujeitos criativos, críticos e reflexivos sobre as questões sanitárias (DEMETRIO et al., 2016; TEIXEIRA; COELHO, 2017).

Entretanto, ao observar as concepções de doença dos formandos deste curso, questiona-se a carência do caráter simbólico da doença nas categorias elencadas, pois a experiência do adoecimento pode estabelecer dor, sofrimento, negação, superação, contentamento e outros sentimentos que estão no plano individual e que não foram citados por ambos os grupos de discentes deste estudo. Compreender a subjetividade é essencial para a formação de profissionais com práticas em saúde mais individualizadas, ampliadas, humanizadas e menos punitivas.

Alterações do bem-estar

Nesta primeira categoria relacionou-se as falas dos discentes que continham uma concepção que referenciava a doença enquanto alterações do bem-estar físico, mental e social. Do total de entrevistados, 29% dos discentes recém-ingressos do BIS entendiam a doença dessa forma, representando a categoria mais evocada por este grupo.

Perturbação no bem-estar físico/psicológico (R32).

Qualquer coisa que interfira no bem-estar dos indivíduos (R65).

Observa-se que, para esses discentes, a doença é o análogo oposto da saúde, tendo em vista que utilizam o conceito de saúde proposto pela OMS para definir sua percepção de doença. Segundo a OMS (1946), a saúde é o completo bem-estar físico,

mental e social. Assim sendo, qualquer fator que interfira na saúde tal como proposto pela OMS é, portanto, considerado como uma doença para os discentes.

Embora a OMS deixe claro, em sua definição, que saúde não se resume à ausência de doenças, quando os discentes recorrem a este conceito para definir doença pressupõem que todo e qualquer sujeito que conviva com uma doença não possa se sentir saudável. Em uma pesquisa realizada com homens que vivem com hipertensão e diabetes, SILVA e colaboradores (2016) constataram que a maioria desses homens se sentem saudáveis mesmo vivendo com uma doença crônica. Portanto, nem todas as pessoas que vivem com uma doença se acham doentes e nem todas isentas de doença são saudáveis.

Dos formandos entrevistados, 27,8% também percebiam a doença como alterações do conceito de saúde da OMS, porcentagem semelhante aos dos recém-ingressos. Considerando que o BIS visa formar sujeitos críticos, reflexivos e comprometidos com as mudanças das práticas de saúde, percebe-se que esta categoria deveria ser menos aludida, pois contraria o perfil do egresso esperado (UFRB, 2014). O que vai definir a prática de saúde é a percepção que este profissional da saúde tem sobre o processo de adoecimento do usuário, que, neste caso, apresenta-se como prática voltada para a doença.

A doença é o mal-estar físico e mental (F9).

A doença é um estado no qual o indivíduo não se encontra bem em seu aspecto biológico mais principalmente psicológico (F7).

Há uma tentativa ineficiente de superação do modelo biomédico. Porém, nota-se nas falas tanto dos recém-ingressos quanto dos formandos, que a doença configura-se como algo maléfico que destrói, perturba e interfere no bem-estar (saúde) do indivíduo ou como a própria personificação do mal-(estar).

Em um estudo realizado por Lerman e colaboradores (2016) com o objetivo de examinar e compreender o significado e a visão de saúde e doença para os alunos de Medicina da Universidade Federal de São Paulo ao longo da graduação, os autores observaram que os alunos do primeiro ano repetiam o discurso da OMS, enquanto que os alunos do último ano reformularam esse discurso utilizando exemplos da prática para embasá-lo. Porém a articulação entre os diversos aspectos com o processo de

adoecer permanecia frouxa. Semelhantemente fizeram os estudantes do BIS, enunciaram aspectos sem uma articulação precisa.

Estado Patológico

Esta categoria alocou as respostas dos discentes que possuíam uma concepção de doença relacionada somente com os fenômenos patológicos de etiologia microbiológica, representando 18% dos calouros entrevistados.

É quando a baixa imunidade do corpo permite que um agente patológico desenvolva sintomas incomuns e incômodos durante um tempo até ser combatido (R22).

É quando a saúde é abalada por fatores externos, como vírus, bactérias e outros agentes, ou por razões internas, mau funcionamento de órgãos ou sistemas (R06).

Identifica-se que uma interpretação pasteuriana e neopasteuriana da doença está presente em grande parte dos discursos da sociedade e é amplamente aceita pela população devido ao seu peso simbólico, pois atende à ideia de que o indivíduo não se encontra na etiologia da doença, de que não é ele que está realmente doente, quem está doente são suas células, tecidos e órgãos; ele foi casualmente infectado por esses microrganismos (LAPLATINE, 2004).

Em trechos de algumas falas, constata-se a redução e restrição do conceito de doença ao biológico, excluindo dimensões psíquicas, sociais e individuais da experiência do adoecimento. Esses trechos apresentam como base a concepção mecanicista do corpo postulada por Descartes, que fundamentou a biomedicina moderna. Segundo Laplatine (2004, p. 103), “a doença não é apenas um desvio biológico, mas é também um desvio social, e o doente é vivido pelos outros e se vê ele mesmo como um ser socialmente desvalorizado”.

Evidencia-se que nenhum dos formandos entrevistados compreendia a doença de forma biomédica, mesmo ainda sendo esta forma o pensamento hegemônico na saúde. Desse modo, o BIS pode ser um dos responsáveis por este resultado, tendo em vista os inúmeros debates e a problematização acerca do modelo biomédico que ocorrem durante o curso.

Os semestres do BIS da UFRB são considerados como Unidade de Produção

Pedagógica (UPP), estruturados em seis eixos temáticos: “Ser Humano e Realidade”; “Saúde, Cultura e Sociedade”; “Saúde e seus Determinantes”; “Saúde e Qualidade de vida”; “Sistemas e Políticas de Saúde”, além do eixo “Específico”. Todos esses eixos agregam temáticas do campo da Saúde Coletiva, Biociências e do seu itinerário formativo. Assim, durante toda a graduação, os discentes são estimulados a pensar criticamente sobre os modelos de saúde e doença existentes (UFRB, 2014).

Essa interdisciplinaridade apresentada nas UPP, atrelada aos módulos de Processo de Apropriação da Realidade que promovem a articulação entre ensino, pesquisa e extensão desde o primeiro semestre, pode ter influenciado a ausência de percepções estritamente biológicas pelos formandos (UFRB, 2014).

Alterações na Qualidade de vida

Encontra-se nesta categoria as respostas dos discentes recém-ingressos que reconheceram a doença enquanto alterações na qualidade de vida dos sujeitos, correspondendo a 16,7% dos calouros.

Não ter uma boa qualidade de vida (R62).

[...] vulnerabilidade, falta de acesso à boa alimentação e água, instabilidade mental, desequilíbrio espiritual (R66).

Percebe-se nas falas que os discentes utilizam de sua percepção ampliada de saúde para formar seu conceito de doença, assim como fizeram os que percebiam a doença como alterações do bem-estar. Desta forma, pode-se inferir que para esses discentes a doença é antagonista da saúde, ou seja, doença é ausência de saúde.

A doença não se traduz tão somente nas alterações da saúde, neste caso na qualidade de vida ou na falta de algo que produzirá saúde. Há uma redução da percepção de doença por esses discentes, pois a experiência do adoecimento ultrapassa essas questões. De acordo com Canguilhem (2009), as doenças são apenas novos modos de vida enquanto que a saúde é a vida no silêncio dos órgãos.

De certo que há uma superação do conceito restritivo e biomédico da doença ao se pensar doença a partir da vulnerabilidade e do contexto social, isto é, a partir

dos Determinantes Sociais da Saúde. Porém, esses discentes vinculam a doença e a saúde como concepções díspares e não apresentam os sentidos culturais e da experiência individual do adoecimento, impregnada de subjetividade, signos e significados.

Entre os formandos entrevistados, nenhum relacionou a doença com alterações da qualidade de vida. Durante o BIS, o estudante cursa os módulos de Qualidade de Vida e Sociabilidade I e II, que promovem o debate sobre a organização histórica do conceito de saúde, promoção da saúde, qualidade de vida, representações e práticas em saúde e doença e itinerários terapêuticos. Dessa forma, os módulos facilitam a discussão de que o adoecimento também está ligado à qualidade de vida, contrastando com os resultados apresentados (SANTANA et al., 2016; UFRB, 2014).

Desequilíbrio e/ou Desarmonia

Relacionou-se aqui as falas que continham uma concepção de doença associada com o desequilíbrio e/ou desarmonia como ideia central, representando 15,3% dos discentes recém-ingressos.

[...] o desequilíbrio do corpo, seja ele espiritual e/ou físico, e a mente torna-se doença. Até porque doença não é a ausência de saúde (R01).

É o desequilíbrio químico e emocional do corpo humano, onde as práticas e o estilo de vida do ser humano interferem de tal modo que pode desencadear diversas irregularidades na saúde, ocasionando a doença (R40).

A noção de doença enquanto desequilíbrio/desarmonia surgiu com a medicina grega, que compreendia a doença como perturbação da harmonia entre o corpo e o ambiente. A teoria hipocrática entendia a doença como um esforço da natureza que atua no homem para obter um novo equilíbrio. Isto é, o corpo produz uma doença para se curar, tendo em vista que a doença não vem do exterior, mas é resultado de um processo de interação e que faz parte da natureza humana (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; CANGUILHEM, 2009).

Constata-se que as falas dos estudantes são permeadas por esta concepção hipocrática. Ainda que tenham sido desenvolvidas durante a Antiguidade, essas

teorias fundamentaram as práticas de saúde e doença que são utilizadas até hoje, tais como a dietética, a higiene individual e, sobretudo, o estilo de vida, compreendido como produtor de doenças, responsabilizando somente os indivíduos pelo seu processo de adoecimento, tratamento e cura.

Entre os formandos, a maioria dos discentes que participaram da pesquisa entendia a doença como um desequilíbrio entre os diversos fatores que influenciam a vida, representando um total de 72,2%.

É um desequilíbrio entre os aspectos sociais, ambientais, psíquicos, fisiológicos e emocionais (F14).

Desequilíbrio de algum aspecto desses: fisiologia do corpo, mente e vida social (F5).

Diante desse resultado entre os formandos, observa-se em suas falas uma ampliação da concepção da doença segundo a teoria hipocrática, que entendia a doença enquanto uma desarmonia entre o corpo e o ambiente (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Para esses discentes, a doença é resultado do desequilíbrio entre os seus aspectos sociais, ambientais, psíquicos, fisiológicos e emocionais, o que revela uma percepção multidimensional e complexa da doença.

Em consonância com este resultado, em uma pesquisa realizada com estudantes de terapia ocupacional sobre suas concepções de saúde e doença, observou-se que a maioria relatou a doença como desequilíbrio e falta de harmonia. Os autores relacionaram esse resultado com a fragmentação e especificidade dos cursos da área de saúde que não garantem espaço para as ciências humanas e sociais e nem a sua comunicação com as ciências biológicas (RUAS et al., 2015). Porém, o BIS garante em seu projeto político-pedagógico a inserção das ciências humanas e sociais através de módulos obrigatórios e disciplinas optativas e eletivas, além da interdisciplinaridade entre os diversos campos do conhecimento e assim, conseguiu superar estas concepções.

Em 2014, Coelho e colaboradores realizaram um estudo com os calouros do BIS da UFBA investigando suas concepções e práticas de saúde e doença. No que se refere às concepções de doença, a ideia mais apresentada pelos recém-ingressos foi a de desequilíbrio, revelando o quanto essa concepção ainda faz parte do imaginário social (COELHO et al, 2014).

Incapacidade funcional

Esta categoria é constituída pelas respostas dos estudantes que conceituavam a doença a partir da incapacidade funcional, ou seja, da dificuldade em desempenhar atividades cotidianas que interferem na produtividade. Entre os recém-ingressos 12,5% dos entrevistados possuía essa concepção, enquanto que nenhum dos formandos considerava a doença dessa forma.

É um incômodo que limita a produtividade (R37).

O acúmulo de fatores que levam nosso corpo a não agir da forma que deveria, nos incapacitando de certas atividades (R33).

Na análise das falas, observa-se que há um entendimento da doença enquanto algo que incapacite o indivíduo de realizar certas atividades, reduzindo sua produtividade. Trata-se de uma concepção negativa da doença, que entende o corpo enquanto máquina laboral. Essa ideia de corpo utilitário foi desenvolvida por Descartes através de sua concepção mecanicista, que surgiu durante o Renascimento e colaborou para o desenvolvimento do método científico (ALVES, 2018; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Durante a Revolução Industrial, o corpo passou a ser constituído como força de trabalho e com o avançar do capitalismo, tornou-se alvo e objeto do poder. O corpo é “docilizado”, isto é, manipulado, modelado, controlado, treinado e obediente (FOUCAULT, 2013). Portanto, este corpo dócil não pode ficar doente, ser improdutivo, pois ele precisa ser útil e gerar lucro.

Faz-se necessário enfatizar que nenhum formando possuía essa concepção de doença, visto que os alunos do BIS durante o curso passam a conhecer o corpo para “além de um corpo celular, molecular, organicista, patológico, mas também, um corpo signo que expressa sofrimento, dor, prazer e subjetividades” (DEMÉTRIO et al., 2016, p. 69). Essa problematização sobre o corpo ao longo do curso pode ter influenciado este resultado.

Objetivando analisar as concepções de saúde-doença de lideranças estudantis da área da saúde, Reis e colaboradores (2010) esperavam encontrar concepções de doença que se aproximassem mais do arcabouço teórico-metodológico da Saúde Coletiva devido ao caráter crítico do movimento estudantil em relação ao capitalismo. Porém, essas lideranças possuíam uma concepção funcionalista do processo saúde-doença, propondo como intervenção a responsabilização dos sujeitos.

Anormalidade

Compõe esta categoria as falas dos discentes que concebiam a doença como uma anormalidade, uma anomalia e/ou perturbações da normalidade. Essa concepção correspondeu a 8,3% dos estudantes recém-ingressos.

É uma anomalia das funções normais do corpo do indivíduo (R42).

Anomalia nas características do indivíduo que acarretam dificuldades ou empecilhos para vida “normal” (R57).

Verifica-se que esses discentes percebem a doença como desvio da normalidade biológica, ou seja, uma alteração fisiopatológica no organismo. Desse modo, há uma restrição do conceito de doença, considerando que não existe e nem existirá uma definição objetiva e absoluta do normal, com a qual qualquer desvio seja classificado como patológico, haja vista que nem toda a anomalia é patológica.

Partindo do pressuposto que a saúde é o silêncio dos órgãos e que a doença é desprezada quando ela não interfere na expressão dos valores vitais ou no cotidiano do indivíduo, ou seja, está em silêncio, pode-se afirmar que é possível ser saudável mesmo tendo uma anomalia presente no organismo. Portanto a anomalia, em sua essência, não é patológica. Ela expressa outras normas de vida possíveis (CANGUILHEM, 2009).

Evidencia-se que nenhum dos discentes formandos apresentou em suas respostas essa concepção de doença relacionada com anomalia ou anormalidade. Assim, pode-se inferir que o BIS possui certa responsabilidade com este resultado, na medida em que sua matriz curricular contém o compromisso de ruptura com a concepção biomédica centrada na doença (UFRB, 2014).

A primeira UPP do BIS possui como eixo temático o “Homem e Realidade” que guia toda a discussão nos módulos de “Filosofia, ciência e Realidade”; “Ambiente, arte e cultura” e “Processos de apropriação da realidade”. Dessa forma, observa-se uma ruptura com a racionalidade biomédica na formação em saúde, pois o primeiro semestre dos cursos tradicionais de saúde é composto pelas disciplinas básicas “da saúde” (anatomia, fisiologia, histologia, embriologia, biofísica). Essa ruptura é sentida pelos estudantes que questionam a falta de conteúdos tidos como “da saúde” (ou seria da biomedicina?) nesse primeiro contato (DEMÉTRIO et al., 2016).

Os estudantes de saúde, ao ingressar na Universidade, já possuem sua concepção de doença formada e entendem que seu primeiro contato na área da saúde será com o cadáver e com o microscópio. Porém, o BIS rompe com esse modelo e propõe discussões sobre questões epistemológicas, ambientais e filosóficas, que podem ter repercutido na inexistência de formandos com essa concepção de doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou descrever e analisar as concepções de doença dos discentes do BIS, sendo constatado que há uma maior diversidade de concepções sobre a doença entre os discentes recém-ingressos quando comparados com o grupo de formandos. Na análise das falas dos recém-ingressos emergiram algumas categorias ligadas a aspectos negativos da doença, tais como “estado patológico”, “incapacidade funcional” e “anormalidade”, enquanto que nenhum formando entendeu a doença dessa forma. Apesar da uniformização dos discursos dos formandos, as suas falas apresentaram uma concepção mais ampliada da doença.

Embora os aspectos negativos da doença estivessem muito mais enraizados e, portanto, de difícil desvinculação da percepção dos discentes, a vivência em uma graduação em saúde de formação geral e interdisciplinar alicerçada nos preceitos da saúde coletiva, da interdisciplinaridade e na problematização dos diversos conceitos do processo saúde-doença mostrou-se capaz de construir novas concepções de doença que a entendessem a partir das mais diversas dimensões.

A maioria dos discentes, ingressos e formandos, se referiam à saúde como oposto simétrico da doença na construção de sua percepção da doença, mesmo utilizando modelos explicativos mais amplos, mas que não expressam toda a

simbologia inerente ao processo de adoecimento. Ademais, percebe-se que a graduação por si só não garante a compreensão do processo saúde-doença em toda a sua complexidade. Entretanto, ela pode ser contra-hegemônica e emancipadora em prol de uma formação mais humana, crítica, criativa e ética.

Considerando o caráter inovador do BIS e o seu tempo de criação, faz-se necessários novos estudos longitudinais afim de compreender as mudanças que o curso e a vivência interdisciplinar proporcionam aos seus estudantes. O presente trabalho expecta contribuir para a consolidação e o aperfeiçoamento desse curso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N de. Bases históricas da Epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, 1986. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000300004>> Acesso em 07 de dezembro de 2018.

ALMEIDA FILHO, N de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>>. Acesso em 12 de março de 2019.

ALVES, P. C. “A Morte de Ivan Ilitch” e as múltiplas dimensões da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 381-388, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.15162017>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.p. 51-86.

BERLARDO, M. B.; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Construcción de conocimiento biomédico y políticas de salud: Síndrome Urémico Hemolítico y Fibromialgia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3085-3094, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.22742016>>. Acesso em 06 de novembro de 2018.

BOORSE, C. A Second Rebuttal On Health. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 683-724, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>>. Acesso em 27 de novembro de 2018.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, p. 542-573, 1977. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/186939>>. Acesso em 27 de novembro de 2018.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Rev. Bras. de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013. Disponível em: <https://www.sbh.org.br/revistahistoria/view?ID_REVISTA_HISTORIA=50>. Acesso em 06 de novembro de 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COELHO, M. T. A. D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D (Org.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 111-126.

CUNHA, L. A. **Texturas do sofrimento emocional**. Salvador, EDUFBA, 2015.

CZERESNIA, D. Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-29, 2007. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100003>>. Acesso em 20 dez de 2019.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: A concepção positiva de saúde como referencial teórico (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P. de; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 57 -76.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23. ed. Edições Graal, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41. Ed. Editora Vozes, Petrópolis, 2013.

GONÇALVES, D. V. C. et al. Percepção sobre o Adoecimento entre Estudantes de Curso da Área da Saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 102-111, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100102>. Acesso em 10 jan de 2019.

INGOLD, T. **The perception of the environment: essays in livelihood, dwelling and skill**. London: Routledge, 2000.

KLEINMAMN, A. **Patients and healers in the context of culture**. USA: University of California Press, 1980. 427.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Ann InternMed**, v. 88, p.

251-258, 1978. Disponível em: <DOI:10.7326/0003-4819-88-2-251>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. 3. ed. Martins Fontes, São Paulo, 2004.

LEAVELL, H; CLARK, E. G. Medicina Preventiva. **McGraw-Hill**, São Paulo, 1976.

LERMAN, G. T.; FIORE, M. L. De M.; BLAY, S. L. O Significado de Saúde e Doença para o Aluno de Medicina ao longo da Graduação: Estudo Exploratório entre Alunos da Unifesp-EPM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 5, p. 669-677, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01472015>>. Acesso em 14 de dezembro de 2018.

MENDONÇA, A. L. De O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158215>>. Acesso em 06 jan. de 2019.

MOL, A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham, **Duke University Press**, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), Nova Iorque, p. 1-9, 1946. Disponível em:<<https://goog.gl/bXMNKu>>. Acesso em 10 jan. 2019.

PRATTA, E.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. de 2019.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa** [online], Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

REIS, A. M. Dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 347-357, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200011>>. Acesso em 18 jan. de 2019.

RUAS, T. C. B.; LEITE, F. C.; AKERMAN, M. GAGLIARDO, H. R.; A formação acadêmica em terapia ocupacional e as concepções sobre o processo saúde-doença. **ABCS Health Sci**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 214-219. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.798>>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

SANTANA, L. A. A. et al. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P de.; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 31-56.

SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Rev. Bras. De Ciên. Sociais**. São Paulo, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>>. Acesso em 15 de dezembro de 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/eVxti3>>. Acesso em: 10 maio 2016.

SILVA, C. F. Et al. Sentidos sobre saúde e doença atribuídos por homens que vivenciam o diabetes mellitus tipo 2: “Sim, é possível ser saudável na presença de doença”. In **7º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**, 2016, Cuiabá. Anais do 7º CBCSHS. Cuiabá: Abrasco, 22 dez. 2016. 506 p. p. 343.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. O campo da saúde na contemporaneidade: desafios da prática. In: COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA, C. F. **Problematizando o campo da saúde: concepções e práticas no bacharelado interdisciplinar**. EDUFBA, Salvador, 2017. p. 17-45.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Centro de Ciências da Saúde. 2014. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/ccs/cursos-de-graduacao/cursos-de-graduacao/bis>>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após nove anos desde a sua criação e implementação, o BIS da UFRB ainda está em processo de consolidação. Apesar de pouco tempo de implantado, o curso passou por diversas reformas curriculares e estruturais, a fim de solucionar alguns conflitos. Diante desse cenário, observamos a necessidade de estudos como este, que possam contribuir para o seu estabelecimento no campo da formação em saúde.

Tendo em vista o objetivo principal deste estudo, percebe-se que a maioria dos discentes recém-ingressos e formandos possuem uma percepção do processo saúde e doença permeada pelo conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstrando o quanto que este conceito está presente na sociedade em geral e também na comunidade universitária. Diante desse resultado, observa-se que mesmo em um curso inovador, alicerçado na Saúde Coletiva e tendo como princípio norteador das discussões e práticas a concepção positiva de saúde, parte dos discentes não trouxeram elementos preponderantes que superassem o conceito da OMS. Em contrapartida, alguns estudantes, principalmente formandos, possuíam discursos que ampliavam a perspectiva da OMS, acrescentando outras dimensões a este conceito, ao compreender a saúde a partir dos determinantes sociais e de fatores que transpassavam o campo da saúde envolvendo o contexto ambiental, cultural, socioeconômico e aspectos referentes aos indivíduos e suas idiossincrasias.

Com base em uma concepção positiva, a saúde é compreendida a partir do desempenho, da capacidade e da qualidade de vida, e a doença, também a partir de fenômenos não biológicos, como o sofrimento, a aflição, o mal-estar, dentre outros. Na concepção negativa, a saúde se constitui como mera ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidade, sendo a doença uma disfunção de processos biológicos. Nesse contexto, observou-se que nenhum dos formandos entrevistados entendiam o processo saúde e doença a partir da perspectiva negativa, enquanto que vários discentes recém-ingressos o concebiam dessa maneira. Portanto, esse curso mostra-se capaz de propiciar uma formação em saúde que supere as concepções negativas dos fenômenos saúde e doença.

Constata-se também uma diversidade de percepções acerca da saúde e da doença entre os recém-ingressos e uma uniformização entre os formandos. Dessa forma, constata-se que a vivência no ensino superior de forma geral e no BIS pode ter influenciado para esse alinhamento de pensamento.

Portanto, salienta-se a importância da realização de novos estudos de caráter longitudinal que objetivem acompanhar as (trans)formações das percepções deste discentes durante o BIS, assim como das de discentes de outros cursos do campo da saúde, a fim de comparar os resultados. Ademais, ressalta-se que o BIS é um curso novo e, como tal, necessita de avaliações permanentes para analisar se seus objetivos propostos no Projeto Político Pedagógico estão sendo alcançados para, assim, consolidá-lo como curso de formação geral e interdisciplinar em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. A universidade brasileira num contexto globalizado de mercantilização do ensino superior: colleges vs. Vikings. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, v. 32, p. 11-30, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/5508>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- ALMEIDA FILHO, N de. Bases históricas da Epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304-311, 1986. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1986000300004>>. Acesso em 07 de dezembro de 2018.
- ALMEIDA FILHO, N de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>>. Acesso em 12 de março de 2019.
- ALMEIDA- FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 4-20, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/YvV2eB> >. Acesso em: 10 jun. 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N. Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 433-450, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/bD7QPC>>. Acesso em 10 jun. 2017.
- ALMEIDA-FILHO, N.; JUCÁ, S. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. Disponível em:< <https://goo.gl/dLXD5G> >. Acesso em: 22 jan. 2017.
- ALVES, P. C. “A Morte de Ivan Ilitch” e as múltiplas dimensões da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 381-388, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.15162017>>. Acesso em: 09 de novembro de 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em:< <https://goo.gl/r6hQpz> >. Acesso em: 25 abr. 2017.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.p. 51-86.
- BERLARDO, M. B.; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. Construcción de conocimiento

biomédico y políticas de salud: Síndrome Urémico Hemolítico y Fibromialgia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3085-3094, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018239.22742016>>. Acesso em 06 de novembro de 2018.

BOORSE, C. A Second Rebuttal On Health. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 39, n. 6, p. 683-724, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>>. Acesso em 27 de novembro de 2018.

BOORSE, C. Health as a theoretical concept. **Philosophy of Science**, v. 44, p. 542-573, 1977. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/186939>>. Acesso em 27 de novembro de 2018.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/992 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 51. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/QFBA6v>> . Acesso em: 05 maio 2017.

BRASIL. **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2007. Seção 1, p. 7. <Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6096.htm> . Acesso em: 21 janeiro 2019.

BRASIL. **Lei nº 010172, de 9 de janeiro de 2011**. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 9 jan. 2001. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L10172.pdf>>. Acesso em: 21 janeiro 2019.

BRASIL. **Lei nº 9.394/96 de 20/12/1996**. Estabelece as diretrizes e bases para a educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília: 23 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2002. p. 1-56.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 02 maio 2017.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163,177, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/DDqTRb>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais, **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. O paradigma clínico-epidemiológico ou biomédico. **Rev. Bras. de História da Ciência**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 183-195, 2013. Disponível em: <https://www.sbh.org.br/revistahistoria/view?ID_REVISTA_HISTORIA=50>. Acesso em 06 de novembro de 2018.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COELHO, M. T. A. D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D (Org.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 111-126.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A. & MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

COELHO, M. T. A. D.; SANTOS, V. P.; ROCHA, D. M. P. Concepções e práticas de saúde e doença de alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: COELHO, M.T.A.D.; TEIXEIRA, C. F (Org.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 117-128.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, R. G (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

CUNHA, L. A. **Texturas do sofrimento emocional**. Salvador, EDUFBA, 2015.

CZERESNIA, D. Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 19-29, 2007. Disponível em:<<https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000100003>>. Acesso em 20 dez de 2019.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun. 1986. Disponível em: <<https://goo.gl/R4tvNz>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: A concepção positiva de saúde como referencial teórico (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P. de; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 57 -76.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23. ed. Edições Graal, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41. Ed. Editora Vozes, Petrópolis, 2013.

GONÇALVES, D. V. C. et al. Percepção sobre o Adoecimento entre Estudantes de Curso da Área da Saúde. **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 102-111, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100102>. Acesso em 10 jan de 2019.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. de 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>>. Acesso em 16 abr. 2017.

HERMES, F. C et al. A concepção de estudantes de fisioterapia que participam do ensino baseado em problemas sobre o processo saúde-doença. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 627-634, 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n4/1981-5271-rbem-40-4-0627.pdf>>. Acesso em 02 abr. 2017.

HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**. Londres, v. 343, n. 4163, p. 1-3, 2011. Disponível em:<<https://goo.gl/91CGWQ>>. Acesso em: 05 abr 2017.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

INGOLD, T. **The perception of the environment: essas in livelihood, dealing and skill**. London: Routledge, 2000.

KICKHÖFEL, E. H. P. A Lição de anatomia de Andreas Vesalius e a ciência moderna. *Scientiae Studia*, v. 1, n. 3, p. 389-404, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662003000300008>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

KLEINMAMN, A. **Patients and healers in the context of culture**. USA: University of California Press, 1980. 427.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Ann Intern Med**, v. 88, p. 251-258, 1978. Disponível em: <DOI:10.7326/0003-4819-88-2-251>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. 3. ed. Martins Fontes, São Paulo, 2004.

LEAVELL, H; CLARK, E. G. Medicina Preventiva. **McGraw-Hill**, São Paulo, 1976.

LE BRETON, D. Antropologia do corpo e modernidade. 3 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.

LERMAN, G. T.; FIORE, M. L. De M.; BLAY, S. L. O Significado de Saúde e Doença para o Aluno de Medicina ao longo da Graduação: Estudo Exploratório entre Alunos da Unifesp-EPM. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 5, p. 669-677, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01472015>>. Acesso em 14 de dezembro de 2018.

LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJU & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJU, 2006.

LUZ, M. T. Especificidade da Contribuição dos Saberes e Práticas da Ciências Sociais e Humana para a Saúde. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 22-31, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100004>>. Acesso em: 21 fevereiro 2019.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3^a Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDONÇA, A. L. De O.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158215>>. Acesso em 06 jan. de 2019.

MINAYO, M.C S. Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39. Disponível em: <<https://goo.gl/mDr1f6>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

MOL, A. The body multiple: ontology in medical practice. Durham, **Duke University Press**, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), Nova Iorque, p. 1-9, 1946. Disponível em:<<https://goog.gl/bXMNKu>>. Acesso em 10 jan. 2019.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Orgs.) **Informação e diagnóstico de situação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar).

PRATTA, E.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jan. de 2019.

- RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa** [online], Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.
- REIS, A. M. Dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 347-357, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200011>>. Acesso em 18 jan. de 2019.
- RODRIGUES, J. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p 291-310, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/P6bYqY>>. Acesso em: 3 abr. 2017.
- RUAS, T. C. B.; LEITE, F. C.; AKERMAN, M. GAGLIARDO, H. R.; A formação acadêmica em terapia ocupacional e as concepções sobre o processo saúde-doença. **ABCS Health Sci**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 214-219. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.798>>. Acesso em 10 de dezembro de 2018.
- SANTANA, L. A. A. et al. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P de.; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 31-56.
- SARTI, C. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Rev. Bras. De Ciên. Sociais**. São Paulo, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10/1590/S0102-69092010000300005>>. Acesso em 15 de dezembro de 2019.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Rev. de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/eVxti3>>. Acesso em: 10 maio 2016.
- SILVA, C. F. Et al. Sentidos sobre saúde e doença atribuídos por homens que vivenciam o diabetes mellitus tipo 2: “Sim, é possível ser saudável na presença de doença”. In 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2016, Cuiabá. **Anais do 7º CBCSHS**. Cuiabá: Abrasco, 22 dez. 2016. 506 p. p. 343.
- TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. O campo da saúde na contemporaneidade: desafios da prática. In: COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA, C. F. **Problematizando o campo da saúde: concepções e práticas no bacharelado interdisciplinar**. EDUFBA, Salvador, 2017. p. 17-45.
- TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1635-1646, 2013. Disponível em:<<https://goo.gl/ijCPBq>>. Acesso em 10 jun. 2017.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-62, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>>. Acesso em: 20 de fevereiro 2019.

TORRES, M. F. M.; CARVALHO, F. R.; MARTINS, M. D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1409-1415, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a76v16s1.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Centro de Ciências da Saúde. 2014. Disponível em: <<https://ufrb.edu.br/ccs/cursos-de-graduacao/cursos-de-graduacao/bis>>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Centro de Ciências da Saúde. 2016. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br/portal/index.php?option=com_chronoforms5&chronoform=ver-graduacao&id=8>. Acesso em: 20 jan. 2019.

VERAS, R. M.; COELHO, M. T. A. D; TEIXEIRA, C. F; TRAVERSO-YEPES, M. A. A formação em regime de ciclos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e a proposta de Educação Interprofissional. **Avaliação**, Campinas, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-40772018000200002>>. Acesso em: 20 de fevereiro 2019.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p.82 -88, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES E TCLE



Você está sendo convidada(o) a participar de um estudo denominado **CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOENÇA**, cujo objetivo principal é investigar concepções e práticas de saúde e doença entre alunos e docentes do seu curso. Diante da escassa produção acerca desse tema, você é uma das pessoas mais indicadas para colaborar com este estudo, já que integra o corpo do seu curso. Esta pesquisa contribuirá para o enriquecimento do debate científico sobre o assunto, bem como para a sua formação acadêmica no campo da saúde.

A sua participação neste estudo será no sentido de responder a um questionário semiestruturado, por escrito, e/ou de participar de uma entrevista gravada com gravador de voz, que aprofunde o tema desta investigação. Tanto a aplicação do questionário quanto a realização da entrevista será feita por um integrante da equipe de pesquisa, as informações fornecidas por você serão transcritas também apenas por esses integrantes e farão parte de trabalhos apresentados e publicados em congressos, revistas ou livros, com a garantia do seu anonimato. Você não usufruirá de nenhum benefício direto, oriundo desta pesquisa, nem terá despesas decorrentes da sua participação nela. Embora este estudo ofereça riscos mínimos, você está assegurada(o) de que, em caso de algum desconforto decorrente de sua participação nesta pesquisa, terá assistência junto ao Serviço Médico de sua universidade. Visando reduzir esse risco, seu depoimento será realizado de modo sigiloso, as informações prestadas por você serão analisadas cientificamente e sua privacidade será respeitada, mesmo após o término da sua participação, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo será mantido em sigilo, conforme preconiza a Resolução 466/2012, que regulamenta pesquisas com seres humanos. Os dados desta pesquisa ficarão guardados sob a tutela da pesquisadora responsável, pelo período de cinco anos, após o que solicito sua autorização para mantê-lo no banco de dados desta pesquisa, para posteriores estudos. Você pode se recusar a participar desta pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, bem como retornar a participar da mesma, sem precisar justificar, e, por desejar sair da pesquisa ou retornar a ela, não sofrerá qualquer prejuízo.

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, vinculada ao IHAC - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da UFBA, localizado na Rua Barão de Jeremoabo, s/n, PAF 4, sala 6, Campus de Ondina, Salvador. Com ela você poderá manter contato através do telefone 32836798, em horário comercial, para esclarecer dúvidas que possam surgir. Você também poderá manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, através do telefone 32837615, para esclarecimento de dúvidas. Durante toda a pesquisa, lhe é garantida(o) o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre este estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura do Pesquisador membro da Equipe

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

Me sentindo suficientemente esclarecida(o), não tendo sido submetida(o) a nenhuma coação, tendo sido informada(o) quanto ao teor aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo deste estudo, aceito participar desta pesquisa, estando totalmente ciente de que não há nenhum custo, valor econômico a receber ou a pagar, por minha participação. Eu assino este documento em duas vias e uma delas fica comigo.

Salvador, ____ de _____ de 201

Assinatura da(o) participante da pesquisa

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS DISCENTES DO BACHARELADO INTEDISCIPLINAR EM SAÚDE

QUESTIONÁRIO

Você está sendo convidado a responder este questionário referente a uma **pesquisa** sobre **CONCEPÇÕES E PRÁTICAS LIGADAS A PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA**. As respostas são anônimas e nos auxiliarão a compreender as concepções e práticas dos nossos estudantes. Agradecemos a sua colaboração.

I - Questionário

01. O que é saúde para você?

02. Cite as 05 palavras que você mais associa à saúde

03. Que fatores/aspectos/ações você considera importantes para promover a saúde?

Quais desses você realiza/colabora?

Fatores / aspectos / ações	3.1 Você realiza/colabora?	
	Sim	Não

04. O que é doença para você?

05. Cite as 05 palavras que você mais associa à doença

06. Que fatores/aspectos/ações você considera importantes para prevenir doenças?

Quais desses você realiza/colabora?

Fatores / aspectos / ações	6.1 Você realiza/colabora?	
	Sim	Não

07. Como você avalia sua saúde?

Excelente Boa Regular Ruim Péssima

7.1 Justifique sua resposta, indicando que fatores ou aspectos colaboram para que você avalie dessa forma a sua saúde.

08. Como você se sente emocionalmente? Justifique sua resposta.

09. O ambiente em que você vive influencia em sua saúde? Se sim, de que maneira?

10. Suas relações interpessoais (família, amigos, colegas) influenciam em sua saúde?

Se sim, de que maneira?

11. Com que frequência você se sente:

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
11.1 Estressado?					
11.2 Preocupado?					
11.3 Muito triste?					

12. Com que intensidade você está preocupado com sua situação financeira?

Muito preocupado Preocupado Pouco preocupado Despreocupado Indiferente

13. O que você faz quando está doente?

	Sim	Não	Quais?
Vai ao médico / profissional de saúde?			
Usa remédios prescritos?			
Utiliza práticas alternativas?			
Realiza tratamentos religiosos?			
Pratica automedicação?			
Outras práticas:			

13.1 Destas práticas acima, qual a que você mais utiliza? _____

14. Possui alguma doença/transtorno/síndrome?

Não Sim **14.1 Qual(is):** _____

15. Sobre tabaco, álcool e outras drogas, responda as alternativas que correspondem a seus hábitos

Tipo\Frequência	Quantidade por dia	Quantidade por semana	Quantidade eventual	Nunca uso
Tabaco				
Álcool				
Maconha				
Cocaína				
Crack				
LSD				
Ecstasy				
Outra(s):				

15.1 Caso faça uso dessas substâncias, como considera a intensidade do uso

	Muita	Moderada	Pouca
Tabaco			
Álcool			
Maconha			
Cocaína			

	Muita	Moderada	Pouca
Crack			
LSD			
Ecstasy			
Outra(s) subst.(s)			

16. Sobre a sua alimentação, assinale os seus hábitos	Sim	Não	Às vezes
Tem acompanhamento nutricional			
Ingere mais de 02 litros de água por dia			
Ingere alimentos com alto teor de sal			
Ingere alimentos com alto teor de açúcar			
Consome frutas diariamente			
Consome cereais diariamente			
Consome carne vermelha diariamente			
Consome alimentos gordurosos diariamente			
Consome verduras e legumes diariamente			
Consome alimentos industrializados			
Faz pelo menos 03 refeições por dia			
Todas as refeições consumidas são produzidas em sua casa			

17. Quanto ao seu hábito de praticar atividade física. Você pratica atividade física?

Não Sim, SEM orientação profissional Sim, COM orientação profissional

18. Com qual frequência semanal você pratica atividade física?

01 a 02 dias 03 a 04 dias 05 a 06 dias Diariamente

19. Qual o tempo médio de atividade por dia?

até 30min 31 a 60min 61 a 90min 91 a 120min mais de 120min

20. Quanto ao seu sono, como você o avalia?

Excelente Bom Regular Ruim Péssimo

21. Você demora para dormir?

Não Sim

22. Você acorda frequentemente durante a noite e sente dificuldade para voltar a dormir?

Não Sim

23. Em geral, qual seu tempo total de sono à noite?

até 04h de 04 a 06h de 06 a 08h mais de 08h

24. Na maioria das vezes você acorda descansado?

Não Sim

25. Você toma remédio para dormir?

Não Sim Qual(is): _____

26. Qual(is) são as práticas abaixo que você utiliza ou já utilizou? Pode marcar mais de uma opção.

<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Fitoterapia	<input type="checkbox"/> Psicoterapia	<input type="checkbox"/> Terapia Comunitária
<input type="checkbox"/> Banho de Folhas	<input type="checkbox"/> Hidroterapia	<input type="checkbox"/> Reiki	<input type="checkbox"/> Terapia Floral
<input type="checkbox"/> Cirurgia Espiritual	<input type="checkbox"/> Homeopatia	<input type="checkbox"/> Rezadeira	<input type="checkbox"/> Uso de Cristais
<input type="checkbox"/> Cromoterapia	<input type="checkbox"/> Massagem	<input type="checkbox"/> RPG	<input type="checkbox"/> Medicina antroposófica
<input type="checkbox"/> Danças Circulares	<input type="checkbox"/> Pilates	<input type="checkbox"/> Yoga	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Termalismo social / Crenoterapia / banho em águas saudáveis			
<input type="checkbox"/> Rituais religiosos de cura Qual(is): _____			
<input type="checkbox"/> Outras práticas: _____			

27. Realiza atividades lúdicas ou de lazer?

Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

28. Utiliza algum método contraceptivo?

<input type="checkbox"/> Coito interrompido	<input type="checkbox"/> Pílula	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	28.1 Qual(is):
<input type="checkbox"/> Medicação injetável	<input type="checkbox"/> Preservativo	<input type="checkbox"/> Diafragma	<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Tabela
				<input type="checkbox"/> Outros: _____

28.2 De quem foi a indicação?

Uso por conta própria Médico Outros: _____

29. Já sofreu aborto(s) espontâneo(s)?

Não Sim **29.1 Quantos?** _____

30. Já sofreu aborto(s) induzido(s)?

Não Sim **30.1 Quantos?** _____

30.2 Qual/quais métodos foram utilizados?

<input type="checkbox"/> Aspiração/sucção	<input type="checkbox"/> Chás/folhas	<input type="checkbox"/> Remédios
<input type="checkbox"/> Objetos pontiagudos/perfurantes	<input type="checkbox"/> Outros: _____	

30.3 No caso de aborto(s) induzido(s), onde foi realizado?

<input type="checkbox"/> Clínica(s)	<input type="checkbox"/> Hospital(is)	<input type="checkbox"/> Em casa de aborteira
<input type="checkbox"/> Em casa própria ou de terceiros		<input type="checkbox"/> Outros: _____

31. Você considera que a sua formação acadêmica provoca alguma influência na sua saúde?

Não Sim

31.1 Se sim, quais aspectos da sua formação você considera que influenciam a sua saúde?

32. Sua(s) religião(ões)/doutrina(s)/seita(s) (ou forma de viver a espiritualidade) influencia(m) a sua saúde? Não Sim Não se aplica

32.1 Se sim, de que forma? _____

33. Onde busca informações sobre saúde?

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Livros	<input type="checkbox"/> Revistas não especializadas
<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Televisão	<input type="checkbox"/> Profissionais / serviços de saúde
<input type="checkbox"/> Revistas científicas / especializadas	<input type="checkbox"/> Outros: _____	

33.1 Qual dessas opções você mais utiliza? _____

II. Dados Sociodemográficos

34. Idade: _____

36. Se tem filhos, quantos? _____

35. Estado Civil: _____

37. Quem cuida dos filhos? _____

38. Com quem você vive?

<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Filha(o)	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheira(o)
<input type="checkbox"/> Avó(ô)	<input type="checkbox"/> Irmã(o)	<input type="checkbox"/> Mãe	
<input type="checkbox"/> Outros: _____			

39. Você é o principal cuidador(a) de outro membro da família? Não Sim

40. Você é o principal responsável pelas tarefas domésticas em sua casa? Não Sim

41. Sexo de nascimento: Homem Mulher Outro: _____

42. Gênero com o qual se identifica:

<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Outro: _____
------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

43. Orientação sexual:

<input type="checkbox"/> Homossexual	<input type="checkbox"/> Assexual	<input type="checkbox"/> Heterossexual
<input type="checkbox"/> Bissexual	<input type="checkbox"/> Pansexual	<input type="checkbox"/> Outro: _____

44. Como você se autorrefere

Travesti Homem Transexual Mulher transexual Outro: _____

Informe a sua cidade...

45. De nascimento: _____**45.1 De residência:** _____ **45.2 Desde quando:** _____**46. Bairro onde mora:** _____**47. Cor/etnia autodeclarada:**

Branca Preta Parda Amarela Indígena

48. Tem religião/doutrina/seita?

Não Sim **48.1 Qual(is):** _____

49. Instituição em que cursou o Ensino Médio

Pública Privada e Pública Privada com bolsa Privada

50. Graduação atual... **50.1. Nome do curso** _____**50.2. Semestre atual** _____ **50.3. Quantas disciplinas neste semestre?** _____**51. É bolsista?**

Pesquisa Extensão Bolsa Permanecer Monitoria

	Sim	Não	Em andamento	Qual?
52. Possui outra graduação?				
53. Possui pós-graduação?				

54. Faz estágio? Não Sim **54.1 Qual a carga horária semanal?** _____

55. Trabalha? Não Sim **54.1 Qual a carga horária semanal?** _____

56. Renda familiar, em salários mínimos (SM)

até 01 SM de 02 a 04 SM de 05 a 07 SM de 08 a 10 SM mais de 10 SM

57. Tem plano de saúde privado? Não Sim

58. Acessa serviço(s) público(s) de saúde?

Não Sim **58.1 Qual(is):** _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA / PLATAFORMA BRASIL

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS LIGADAS A PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA

Pesquisador: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30906414.0.0000.5531

Instituição Proponente: Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 741.187

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que será realizado junto a 100 participantes (10 professores e 90 alunos) de um curso superior em saúde, no transcorrer do referido curso. O seu referencial metodológico fundamenta-se na teoria dos sistemas de signos, significados e práticas, fazendo parte da equipe as acadêmicas Carolina Pereira Xavier França, Natália Santana Reis Cerqueira, Tâmara Cerqueira da Silva Oliveira, Vanessa Prado dos Santos, Tais Almeida Santana sob a coordenação da Professora Maria Thereza Ávila Dantas Coelho do Instituto de Humanidades Artes e Ciências Professor Milton Santos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS PRIMÁRIO: "O objetivo principal deste estudo é investigar as concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença entre professores e alunos de um curso superior em saúde".

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- "1) auto-percepção quanto ao estado de saúde e/ou doença;
- 2) buscas terapêuticas;
- 3) ações de prevenção da doença;
- 4) ações de promoção da saúde;

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Continuação do Parecer 741.187

5) concepções e práticas de saúde que permeiam atividades profissionais, de ensino, pesquisa e extensão, ligadas aos processos de saúde e doença”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As autoras relatam que “os riscos decorrentes desta pesquisa serão mínimos. De qualquer modo, em caso de algum desconforto ou mal-estar, a coleta de dados será interrompida e o participante será acolhido de acordo com sua necessidade individual. Será facultado, nesse caso, seu encaminhamento ao Serviço Médico Universitário Rubens Brasil (SMURB), da UFBA. Se o participante tiver algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos, através do responsável pelo estudo”.

BENEFÍCIOS

Para as autoras os benefícios são “enriquecimento científico da discussão acerca dos conceitos de saúde e doença, bem como sobre as diversas práticas ligadas aos processos saúde-doença, em um universo do ambiente acadêmico. Contribuirá para o alargamento e o aprimoramento dessas concepções e práticas, tão fundamentais para a formação superior em saúde e para a humanização das práticas em saúde, colaborando assim para um cuidado integral em saúde e para a formação de bacharéis e futuros profissionais em saúde”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para a saúde e para a educação em saúde. Viável e trará contribuições para as práticas em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu a Pendência citada no PARECER 720.279 emitido em 04/06/2014: O TCLE foi revisto iniciando com o convite e as informações necessárias a decisão em participar ou não da pesquisa, considerando os princípios de autonomia, beneficência não maleficência e justiça.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana SN 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Continuação do Parecer: 741.187

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Agosto de 2014

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:

P/ KARINA ARAUJO PINTO
(Coordenador)

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-ENFERMAGEM
COREN-BA 10111

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br