

Percepção sobre o Adoecimento entre Estudantes de Cursos da Área da Saúde

How Health Science Students view Falling Sick

Dâmaris Versiani Caldeira Gonçalves¹
Luana Camargo Brito¹
Matheus Ferreira de Carvalho¹
Cristina Andrade Sampaio¹

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Processo Saúde-Doença;
- Pesquisa Qualitativa;
- Estudantes.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Health-Disease Process;
- Qualitative Research;
- Students.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo conhecer a percepção sobre o adoecimento entre estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia de uma universidade pública por meio de uma pesquisa qualitativa. Os acadêmicos participantes da pesquisa foram submetidos a entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado com foco no conceito de adoecimento construído por esses estudantes. As entrevistas transcritas foram organizadas e sistematizadas com auxílio do programa Atlas.ti 6 e submetidas a análise do discurso. Destacaram-se as respostas acerca do conceito de adoecimento que os alunos expressavam antes do curso e o que passaram a considerar após o ingresso na universidade. Além disso, foi feita uma análise comparada dos conceitos de adoecimento expressos pelos entrevistados dos três cursos. Percebeu-se que os acadêmicos tenderam a ampliar suas percepções sobre o processo saúde-doença, acrescentando as dimensões socioeconômica e psicológica à visão biomédica antes estabelecida.

ABSTRACT

The scope of this study is to provide a better understanding how nursing, medicine and dental students from a state university view the process of falling ill. The study is based on a qualitative approach. Students were interviewed according to a semi-structured script focused on their understanding of the health-illness process. The transcripts of the interviews were organized and systematized using the computer software Atlas.ti 6 and subjected to discourse analysis. Of particular note were the answers about the concept of falling sick expressed by the students prior to the course and how that concept had changed after entering university. Furthermore, a comparative analysis was performed between the concepts expressed by the interviewees from the three courses. It was found that the students had broadened their perceptions of this process, adding socioeconomic and psychological factors to their previously held biomedical understanding.

Recebido em: 30/06/2013

Reencaminhado em: 05/08/2014

Reencaminhado em: 06/10/2014

Aprovado em: 17/10/2014

INTRODUÇÃO

As definições de saúde e doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais. As concepções sociais sobre o processo saúde-doença evidenciam as contradições e a organização da própria sociedade, que faz com que as condutas dos doentes se baseiem tanto em seu estado individual quanto nas expectativas do grupo social com o qual convivem¹.

A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere a ela. Logo, a experiência de estar doente é única, pois os comportamentos e atitudes adotados por indivíduos em situação de doença são singulares e estão de acordo com todas as crenças e conceitos criados por sua própria vivência pessoal e pelas características da cultura que os integra. A forma como cada pessoa enfrenta a doença representa aspectos peculiares, englobando as formas de ser e de estar perante si mesma, o seu papel na sociedade e todas as relações que estabelece com o mundo durante a sua existência².

Dessa forma, é possível dizer que a doença apresenta duas dimensões: uma física e outra experiencial. A primeira, estudada nas faculdades, é vivida cotidianamente na prática clínica pelos profissionais de saúde. A segunda, experiencial, está ligada ao paciente e a sua maneira de viver e perceber o sofrimento e a dor³. Assim, toda doença é idiossincrática, pois cada um a experimenta de formas diferentes⁴.

A experiência é frequentemente ignorada pelos profissionais de saúde na prática cotidiana⁵. Percebe-se que há uma lacuna na formação, muitas vezes baseada apenas no biológico, deixando de lado a abordagem multidimensional da doença⁶.

É importante lembrar que é o próprio estudante que cria seus valores, e o faz com base naquilo que vive e aprende. Nesse sentido, o papel da escola torna-se relevante como espaço de experiências, contribuindo para a formação humanista do estudante⁷. Entende-se que a eficiência clínica não se baseia apenas na aprendizagem teórica e prática oferecida pelos cursos da área da saúde. A formação humanista deve capacitar o profissional a ver e ouvir o homem vitimado pela doença⁷.

Considerando as questões envolvidas no processo saúde-doença e na formação dos profissionais que lidam com esse processo, buscou-se compreender as percepções de estudantes dos cursos da área da saúde de uma instituição de ensino superior por meio de técnicas advindas da Antropologia e da pesquisa qualitativa para privilegiar o discurso dos estudantes em formação. Esse discurso tem grande relevância, uma vez que expressa as ideias dos futuros modificadores das tendências de assistência à saúde⁸.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagem qualitativa que se apoiou fundamentalmente na compreensão dos fenômenos segundo a perspectiva dos participantes envolvidos na situação em estudo⁹, permitindo aprofundar os significados das ações e das relações humanas.

O referencial teórico e metodológico estruturou-se na Teoria das Representações Sociais – um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que se originam na vida diária durante os processos de comunicações interpessoais obtidas nas relações cotidianas¹⁰. Seu objetivo é explicar os fenômenos do homem segundo uma perspectiva coletiva, sem perder de vista a individualidade¹¹.

O estudo foi realizado em diferentes etapas, pois foi direcionado a estudantes de três cursos: Enfermagem, Medicina e Odontologia. No curso de Enfermagem, participaram 8 estudantes, que cursavam os períodos 1º (1), 2º (3), 3º (1) e 5º (3). No curso de Medicina, participaram 19 estudantes, que cursavam os períodos: 1º (4), 2º (4), 3º (2), 4º (2), 5º (3), 6º (2), 7º (1) e 11º (1). E no curso de Odontologia participaram 11 estudantes, que cursavam os períodos 1º (3), 3º (2), 5º (1), 6º (3) e 7º (2). Essa escolha levou em conta o fato de que o estudante da área da saúde, ao longo do curso, acumula experiências que podem modificar seu ponto de vista em relação ao adoecimento.

O estudo foi conduzido na Universidade Estadual de Montes Claros, localizada na região norte de Minas Gerais, com uma história recente de 51 anos. O curso de Medicina funciona desde 1969, enquanto os cursos de Enfermagem e Odontologia são mais novos: começaram em 1996 e 1997, respectivamente. Cada um desses cursos recebe, em média, 27 alunos por semestre.

O roteiro foi semiestruturado, com duração média de 25 minutos, consistindo nas seguintes questões abertas, que poderiam ser expandidas pelos entrevistadores caso julgassem pertinente e com o intuito de acrescentar informações sobre os temas propostos: fale sobre os seus motivos de escolha do curso; comente suas percepções sobre o processo do adoecimento; faça um paralelo entre percepções sobre o processo do adoecimento antes e após o ingresso no ensino superior; faça um paralelo entre percepções sobre o processo do adoecimento sob o ponto de vista do profissional e do paciente; conte uma história sobre o seu próprio adoecimento.

As entrevistas foram realizadas com estudantes que atenderam aos critérios de inclusão, aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram feitas 38 entrevistas em profundidade, durante o ano de 2012. Esse número é uma composição dos entrevistados dos três cursos; assim, foi necessário verificar a saturação dos discursos em cada um deles.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e o processo de análise e interpretação foi organizado e sistematizado por meio do *software* Atlas.ti, versão 6.0.15. Assim, as entrevistas foram inseridas no programa e submetidas a uma leitura cuidadosa para identificação de segmentos do texto compatíveis e relacionados entre si, ambíguos ou divergentes, possibilitando a criação de códigos (*codes*) para os recortes do texto, criando, assim, um esquema de codificação¹². Com os códigos criados, foi possível a organização e reorganização hierárquica dos mesmos em famílias, com base em similaridades e ambivalências. Nessa fase, os códigos foram transformados em categorias e relacionados com as falas correspondentes. O processo de análise do discurso perpassou a interpretação dos resultados e possibilitou detalhar os segmentos do texto com o objetivo de entender o discurso no contexto em que foi dito¹³.

Com a finalidade de garantir o anonimato e o sigilo dos sujeitos do estudo, estabeleceu-se como código de identificação a letra P, seguida de numeração crescente: P1, P2, P3. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes sob o número 2.723/2011.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A interpretação das entrevistas possibilitou identificar nove categorias que se relacionam entre si e estão demonstradas na Figura 1.

Cada categoria foi interpretada e confrontada com a teoria, possibilitando a análise dos discursos que foram recortados e identificados. Além disso, esta análise permitiu realizar uma comparação entre os cursos e entre o momento do curso em que os estudantes se encontram.

Das entrevistas transcritas, discriminaram-se as respostas sobre “o entendimento do processo saúde-doença” antes e depois do ingresso na faculdade. Por meio do programa Atlas.ti 6, foi possível identificar e marcar as transcrições, criando-se *codes*. Como as ideias apareciam em mais de uma entrevista, as falas foram acrescidas à mesma unidade significativa; mas, à medida que as ideias se diversificavam, criaram-se novos *codes*, a fim de contemplá-las.

Os *codes* criados a partir dos trechos das entrevistas referentes ao conceito de adoecimento antes do curso superior foram: “a doença debilita as pessoas”, “saúde é ausência de doença”, “todo adoecimento deveria receber intervenção medicamentosa” e “o conceito anterior difere bastante da visão atual”.

Já quanto às percepções do processo saúde-doença após o ingresso na faculdade, realizando-se o mesmo processo de análise, foram destacados os seguintes aspectos: “o adoeci-

mento é um processo biopsicossocial”, “a doença restringe as atividades dos indivíduos”, “a realidade socioeconômica interfere no adoecimento”, “os aspectos psicológicos interferem no adoecimento”, “saúde não é ausência de doença”, “as práticas com os pacientes ao longo do curso permitiram melhor entendimento do processo de adoecimento” e “o curso possibilitou compreender os mecanismos das doenças”.

Analisando-se, por fim, as afinidades existentes entre os *codes* elencados e preservando-se ainda a divisão dos discursos entre antes e depois do ingresso na faculdade, formaram-se as famílias de significados destacadas na coluna central da Figura 1. O texto a seguir foi dividido conforme essas famílias de significados e faz as considerações pertinentes a cada uma delas.

A doença debilita as pessoas

Os entrevistados afirmaram que, antes de iniciar o curso de graduação, tinham a percepção de que o adoecimento impedia que as pessoas praticassem suas atividades diárias. Dentre os trechos, destacam-se:

“[...] uma condição que faz com que a pessoa fique limitada. Uma infecção, por exemplo, quando ela adquire, ou então quando ela fica doente, alguma coisa que impossibilite ela de trabalhar, de exercer a sua atividade normal ou de exercer o pleno funcionamento do corpo dela mesmo”. (P26, Medicina, 1º período)

“Antes de eu começar a trabalhar com saúde, eu achava que doença era só algo que debilitasse fisicamente, exclusivamente. Algo que me colocasse de cama, que me fizesse perder um dia de aula, que me desse uma tosse, que me desse uma febre. Eu não me preocupava com um conceito mais amplo de doença. E hoje eu entendo, não muito, mas eu tenho uma noçãozinha bem melhor do que eu tinha”. (P32, Odontologia, 6º período)

Ainda construindo seus conceitos sobre adoecimento a partir do curso de graduação, os entrevistados o associaram a debilidade, o que também já se observou em outros estudos, como o exposto a seguir.

Uma pesquisa¹⁴ realizada com a população de uma área rural do Rio Grande do Sul demonstrou que os moradores estabeleciam relação entre o processo de adoecimento e incapacidade, uma vez que a doença impedia que as pessoas da comunidade trabalhassem e administrassem suas propriedades. Outra pesquisa¹⁵ com trabalhadores com nexos ocupacionais de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort) também constatou que estes relacionavam o processo de adoecimento à incapacidade ocasionada pela doença.

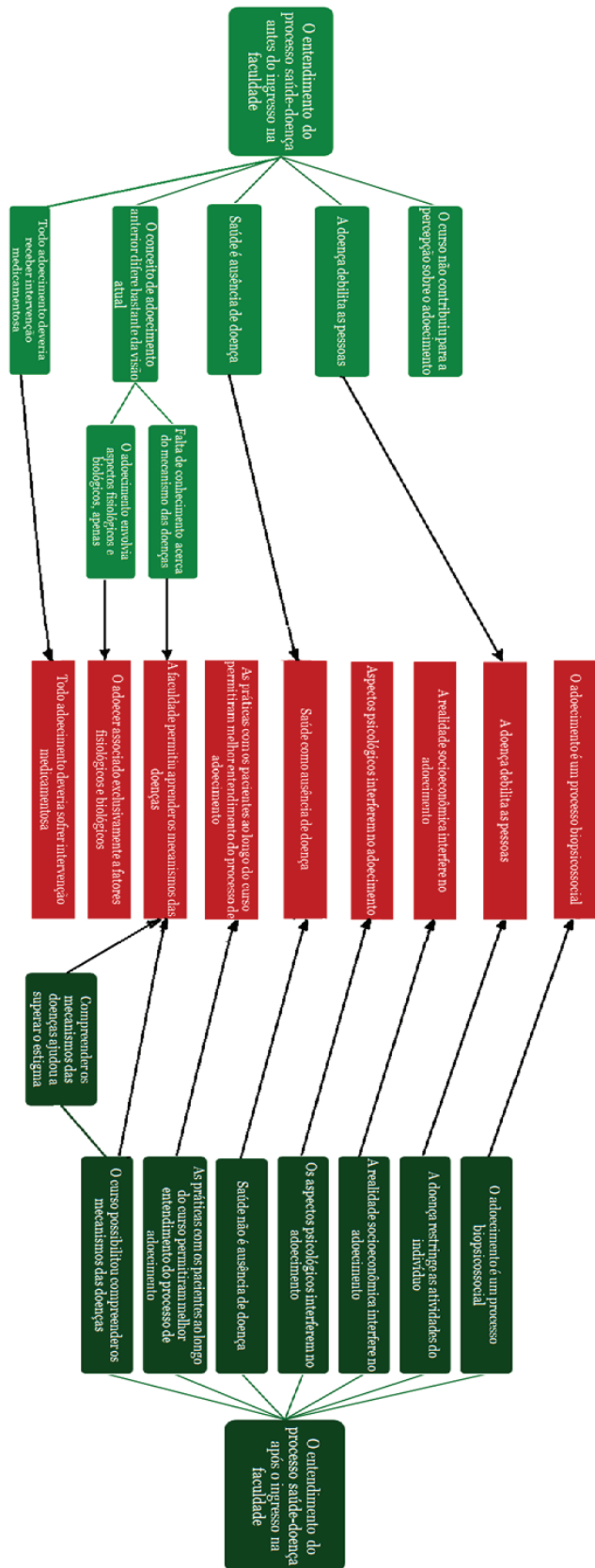


FIGURA 1
Relações estabelecidas entre os codes analisados nas entrevistas com estudantes da área da saúde sobre o conceito de adoecimento antes e após o ingresso no ensino superior, demonstrando-se a construção dos grupos maiores de significados. Rede elaborada com auxílio do software Atlas.ti versão 6.0.15

Em outro estudo¹⁶, alunos de um curso de Enfermagem foram estimulados a expor suas ideias sobre adoecimento sob o estímulo “doença me faz pensar em...”. As palavras “dependência” e “incapacidade” foram as mais citadas.

Saúde como ausência de doença

Nesta categoria, os estudantes relataram que não tinham um conceito amplo de saúde antes do ingresso na faculdade e que, por isso, percebiam o processo de adoecimento como ausência de saúde ou definiam saúde como ausência de doença, contrariando o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁷ que vigora até os dias atuais.

“Antigamente, eu tinha uma visão que eu acho que a maior parte da população do Brasil tinha, que era aquela visão flexneriana mesmo, que a saúde é ausência de doença”. (P18, Medicina, 3º período)

“É uma ausência de saúde... eu entendia assim, algo patológico, que ocorria e que, às vezes, ao longo das vezes... Ai, como é que eu posso te explicar como eu entendia antes? Que hoje eu tenho um conceito diferente. Mas eu acho que, pra mim, quando uma pessoa estava doente, era simplesmente ausência de saúde”. (P33, Odontologia, 3º período)

Em contrapartida, a ideia de “saúde como ausência de doença” desapareceu do discurso dos acadêmicos quando questionados acerca de seus conceitos atuais de adoecimento. Foram feitas, inclusive, menções diretas à definição preconizada pela OMS.

No trabalho de Torres *et al.*¹⁸, alunos do primeiro período dos cursos de Ciências Sociais e de Odontologia, além dos estudantes do último período de Odontologia, também recorreram a conceitos semelhantes aos da OMS para definir “saúde”.

A faculdade permitiu aprender os mecanismos das doenças

Em suas falas, os estudantes afirmaram que não conheciam os mecanismos das doenças antes do início do curso.

“O adoecimento para mim era superficial. Hoje eu aprendi o técnico mesmo, o científico mesmo do que é doença. Depois que eu entrei aqui, eu aprendi o que era doença. Antes não. Antes era só: está doente. Eu não sabia. Mas me ajudou bastante a entender realmente o que é doença”. (P3, Enfermagem, 5º período)

“[...] antes do curso, a minha percepção sobre o adoecimento era a simples doença. O fato de cessar alguns sintomas e procurar atendimento médico”. (P19, Medicina, 5º período)

Os acadêmicos entrevistados ressaltaram a contribuição do curso para a aquisição de conhecimento teórico acerca das doenças. Seus discursos demonstram que incorporaram conceitos de matérias da área biológica aprendidas na faculdade às suas definições atuais de adoecimento.

“Agora, a gente procura mais saber os fatores da doença, não realmente o contágio. Se é o sistema imunológico que está baixo, se é alguma deficiência alimentar. Se é, por exemplo, algum fator hereditário. A gente já procura saber os detalhes da doença, entendeu?” (P30, Odontologia, 1º período)

“O adoecimento... Agora eu consigo explicar mais [...] Então, a pessoa adoeceu, quais são os mecanismos que agente estuda e tudo... E os fatores, que são causa... E o mecanismo das doenças”. (P11, Medicina, 5º período)

É interessante observar também que o curso proporcionou melhor entendimento do processo de adoecimento por trás de doenças socialmente estigmatizadas.

“Hoje, você já vê, o câncer não te tortura, “o câncer”, uma surpresa, assim. Você já vê, às vezes, um fator de risco, você já sabe o que causa. [...] É como se você visse a doença como algo que não tinha muita solução, e hoje você já: “não, pera aí, tem outras formas”. (P8, Medicina, 7º período)

Quanto à influência do conhecimento teórico no entendimento do adoecer, no trabalho de Knight e Mattick¹⁹, acadêmicos de Medicina relacionaram a produção de conhecimento científico e a realização de pesquisas da área biológica à melhor compreensão do processo de adoecimento, de modo que esses recursos um dia chegassem a elucidar por completo o mecanismo das doenças e a proporcionar as medidas terapêuticas adequadas.

Stefan e Manus²⁰, por sua vez, solicitaram a acadêmicos de Medicina de primeiro, terceiro e último ano que classificassem 38 itens (desde tuberculose a afogamentos) como doença ou “não doença”. Os estudantes mais avançados definiram mais itens como doença, tornando-se mais precisos também na aplicação desse conceito. Os autores concluíram que tal mudança de interpretação do conceito ocorreu de forma gradativa, mas não expuseram possíveis causas dessa transformação.

O adoecer associado exclusivamente a fatores fisiológicos e biológicos

Muitos estudantes, antes do ingresso nos cursos da área de saúde, não achavam que o adoecer podia extrapolar o plano

biológico e atingir o plano social e/ou psíquico, associando a doença a patógenos e a alterações da fisiologia do organismo. Esse ponto de vista condiz com o conceito de medicina tradicional de saúde exposto por Boruchovitch e Mednick²¹, baseado no pressuposto de que a saúde e a doença eram fenômenos objetivos e observáveis.

“Antes de fazer o curso, eu não pensava nas questões psicológicas da doença, sabe? E sempre tinha aquela questão assim, sempre tem aquela cultura: “ah, isso é psicológico”. Como se questões psicológicas não fossem doença”. (P16, Medicina, 6º período)

“Eu tinha aquela visão mais fechada de que adoecimento era só um processo patológico que envolvia fisiologia... como um termo isolado... que não existiam influências que hoje a gente já sabe que existem. Influências psicossomáticas, psiquiátricas, psicológicas, influências sociais, influências econômicas”. (P10, Medicina, 3º período)

O adoecimento é um processo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial de abordagem da saúde consiste na compreensão de que o processo saúde-doença resulta da interação de fatores tanto biológicos, quanto psicológicos e sociais. Esse novo paradigma emergiu em contraposição ao modelo biomédico, que restringia a saúde à presença ou não de alterações orgânicas no indivíduo. Essa nova abordagem vem sendo adotada por diversas instituições de ensino superior, especialmente na área da saúde²².

Nesta categoria, os entrevistados mencionaram explicitamente três dimensões do adoecimento: a biológica/física, a psicológica e a socioeconômica. Também foram admitidos nesta categoria os depoimentos em que o termo “biopsicossocial” foi citado.

Os discursos a seguir demonstram o conceito multidimensional muito referido pelos acadêmicos entrevistados:

“[...] a medicina, depois que eu comecei a cursar, me proporcionou enxergar, de forma mais holística, o indivíduo como um todo. Então, adoecer não é só uma disfunção orgânica, não é uma parte só. É o corpo adoecer como um todo. Então, assim, tem que olhar não só a função orgânica em si, mas a função psíquica, a função emotiva do paciente, social. Então, olhar como um todo”. (P38, Medicina, 3º período)

“Agora o contexto já muda, porque o paciente é entendido como um ser que está envolvido numa condição social, econômica. Então, agora nós temos uma visão mais biopsicossocial”. (P29, Odontologia, 5º período)

Ideia semelhante foi abordada por Cerqueira-Silva *et al.*²³, segundo os quais o processo de desenvolvimento humano se caracteriza como um estado de excelência em todas as suas condições (físicas, biológicas, emocionais, bioquímicas, sociais, etc.), e esse mesmo processo se constitui de modo desequilibrado, disfuncional, com todas essas mesmas condições em desarmonia. Esse aspecto também foi percebido em um estudo de Ribeiro²⁴ com acadêmicos do curso de Fisioterapia, um dos quais relatou que “a vivência na comunidade lhe permitiu uma visão do ser humano inserido em seu contexto social e cultural, superando a visão fragmentada que enxerga apenas uma parte do corpo doente”.

Reis *et al.*²⁵, por sua vez, tiveram como objetivo analisar as concepções de saúde-doença das lideranças estudantis da área da saúde. Entre as respostas obtidas, formou-se a categoria “concepção multicausal de saúde”.

Lu²⁶ discute o conceito de saúde em um estudo cujos participantes eram 201 universitários do segundo ao quarto ano de curso (Medicina, outras faculdades de saúde, Ciências Sociais e Ciências Naturais), além de 45 outras mulheres de Taiwan. Para esses participantes, foram propostas discussões sobre os temas “o que é saúde” e “o que é ser saudável”. As conclusões obtidas foram, então, organizadas em quatro grandes categorias: “saúde clínica” (ausência de problemas físicos, mentais ou comportamentais); “performance do papel social” (capacidade de cumprir as tarefas socialmente estabelecidas); “saúde adaptativa” (flexibilidade para manutenção do equilíbrio ao lidar com a vida); e “saúde como bem-estar” (capacidade de cultivar os “valores essenciais” na vida, como felicidade e satisfação). Ao final das discussões, todos os participantes passaram a perceber a saúde como multifatorial, se aproximando mais das categorias “performance do papel social”, “saúde adaptativa” e “saúde como bem-estar” ou geraram alguma combinação dessas categorias.

Todo adoecimento deveria sofrer intervenção medicamentosa

Os estudantes afirmaram que, antes do ingresso no curso, tinham a percepção de que os exames e o tratamento farmacológico eram indispensáveis em todos os adoecimentos, o que se assemelha ao que González e Almeida²⁷ dizem sobre o paradigma dominante. Para eles, a influência flexneriana observa a saúde por um olhar biologista, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia. Esse aspecto foi observado apenas nos trechos de entrevistas relativos à pergunta sobre o conceito de adoecimento antes do ensino superior.

“[...] antes de você entrar principalmente para a faculdade, você acha que tudo é doença, e a questão da medicalização, você acha que tudo sara com medicamento e tal”. (P21, Medicina, 2º período)

“Você está doente porque algo não está funcionando bem, e o que se prega é que isso tem que ser curado com medicamento”. (P23, Medicina, 1º período)

É interessante notar que os estudantes têm uma visão crítica quanto à percepção que tinham antes do curso, revelando a opinião de Agha *et al.*⁸, segundo a qual a geração mais jovem tem revisto o conceito de saúde e mostrado que a medicina está além da prescrição de medicamentos e realização de cirurgias.

A realidade socioeconômica interfere no adoecimento

A Organização Mundial de Saúde¹⁷, por meio do programa Saúde para Todos, aborda o impacto da realidade socioeconômica das populações na qualidade de vida e na assistência à saúde que recebem. Reconhece-se uma grande diferença entre os índices de mortalidade das populações urbanas em relação às populações rurais. Identifica-se, também, que grupos populacionais socioeconomicamente desvantajosos não apenas sofrem mais com a experiência da doença, mas também convivem mais com doenças crônicas e incapacidades, estas duas ocorrendo em idade mais precoce.

Foram classificados desta forma os trechos dos discursos que permitiram perceber que os acadêmicos entrevistados, após o ingresso nos cursos da área da saúde contemplados neste trabalho, passaram a relacionar as condições socioeconômicas em que vivem os indivíduos como interferentes no processo de adoecimento ou causadores dele.

“Um modo de vida precário – por exemplo, uma pessoa que vive numa certa região é diferente de uma pessoa que vive numa outra região – pode acarretar diferentes tipos de doença. Igual a uma pessoa que mora num lugar com saneamento básico, essas coisas, uma boa estrutura, boas condições, com certeza vai ter menos risco de adoecimento que uma pessoa que mora na rua”. (P1, Odontologia, 1º período)

Torres *et al.*¹⁸ perceberam que os estudantes do fim do curso de Ciências Sociais envolveram a realidade brasileira e a vivência do cotidiano em seus conceitos de saúde. Foram citados vários fatores interferentes no processo saúde-doença, como educação, moradia, geração de emprego, saneamento básico, salário e acesso aos serviços de saúde.

Em uma pesquisa com acadêmicos de Enfermagem de quatro instituições da Nova Zelândia acerca de promoção da saúde, uma das entrevistadas demonstra, em seu discurso, como essa tarefa sofre interferência do nível socioeconômico das pessoas. Apesar de ser possível transmitir informação às pessoas, essa informação não exerce impacto sobre a vida delas em decorrência da dificuldade de acesso aos bens de consumo que contribuem para a saúde²⁸.

O trabalho de Reis *et al.*²⁵ também demonstra a presença dos aspectos socioeconômicos nos conceitos de saúde. As respostas obtidas nas entrevistas com as lideranças estudantis dos cursos da área da saúde sobre o processo saúde-doença contribuíram para a formação da categoria “concepção de saúde-doença como processo social”. Esta contemplou formulações que ressaltavam a interferência da estrutura e da dinâmica dos modos de produção no processo de adoecimento, situando a saúde como decorrente de sociedades mais igualitárias.

Aspectos psicológicos interferem no adoecimento

Os estudos sobre saúde e comportamento humano, embora ainda controversos em alguns casos, têm sugerido uma influência de processos psicológicos e de estados emocionais na etiologia e na progressão de doenças, podendo esses fatores determinar resistência ou vulnerabilidade a problemas de saúde²⁹. Os discursos organizados nesta categoria reforçam essa ideia, que foi apreendida pelos entrevistados após terem iniciado o curso na área da saúde.

“Às vezes, você tratava um paciente, mexia com um paciente que tinha um problema de pressão, mas a pressão dele era ocasionada por estresse, tinha alguns problemas em casa; e, às vezes, quando o paciente se sentia acolhido, não só na sua doença, mas como também em relação aos problemas que ele tinha em casa, eu conseguia melhorar a minha relação com ele e também melhorar a relação dele com a doença dele”. (P9, Medicina, 11º período)

Apenas um acadêmico relatou já envolver os aspectos psicológicos do adoecimento em seu conceito antes de iniciar a faculdade.

Um acadêmico de Medicina entrevistado por Knight e Mattick¹⁹ demonstrou a influência de aspectos psicológicos do paciente na prática da medicina. Conforme o estudante, a doença afeta o paciente de formas diferentes, provocando nele sentimentos; portanto, a doença não poderia ser vista apenas pelo lado biomédico. Também mencionou a importância das

Ciências Humanas na compreensão da experiência de adoecimento do paciente.

O curso proporcionou práticas com os pacientes que permitiram entender melhor o processo de adoecimento

Foram selecionados para esta categoria os trechos das entrevistas em que os participantes da pesquisa relatam que o curso permitiu conviver com o processo de adoecimento ao longo das práticas com o paciente proporcionadas pela formação acadêmica.

“Eu acho que a própria prática. As habilidades que a gente tem, a própria prática, o contato com o paciente e também a experiência dos nossos professores, no caso, dos profissionais que já estão atuando na área e que passam isso para a gente e demonstram a importância dessa nova percepção”. (P19, Medicina, 3º período)

“E isso foi muito importante, porque eu, mesmo sabendo dos aspectos biopsicossociais, eu nunca percebi que estava realmente atuando com eles até depois da plena prática”. (P9, Medicina, 11º período)

Novamente, no trabalho de Ribeiro²⁴, a convivência com o processo de adoecimento foi ressaltada pelos estudantes de Fisioterapia participantes do trabalho como experiência enriquecedora da formação acadêmica.

O curso não contribuiu para a sua percepção sobre o adoecimento

Um dado bastante interessante é que apenas um estudante, do curso de Enfermagem, afirmou que já tinha uma visão ampliada do processo saúde-doença antes de entrar no curso. Segundo ele, o curso não contribuiu para a sua visão, uma vez que ela não se alterou desde antes do ingresso na universidade.

“Pra ser sincero, eu não me lembro se foi na minha primeira aula, mas foi na aula do SUS, e o professor fez essa mesma pergunta pra nós e eu não lembro se foi igual a sua, mas foi relacionada. “Como é que a gente via doença” e eu lembro que eu respondi isso. Que pra mim a doença está relacionada tanto com o psicológico quanto com o fisiológico”. (P6, Enfermagem, 5º período)

Transformação do conceito de saúde ao longo dos períodos de cada curso

Ao se falar nos cursos, é importante destacar a particularidade de cada um nessa análise. Os estudantes de Medicina do

primeiro e segundo períodos, em virtude dos ensinamentos que tiveram nos primeiros momentos do curso, já demonstram uma visão biopsicossocial sobre o adoecimento quando comparada a sua percepção antes do início da graduação. Um acadêmico do primeiro período diz:

“Antes de entrar no curso [...] eu não tinha essa percepção de que o adoecer podia extrapolar o plano biológico e ir para o plano social e psíquico. Então foi essa visão que o curso me proporcionou”. (P22, Medicina, 1º período)

Já os acadêmicos dos períodos posteriores (5º, 6º, 7º e 11º), além de reafirmarem o caráter multidimensional do adoecer, fizeram muitas correlações entre a sua percepção sobre o processo saúde-doença e o contexto clínico vivenciado. Um acadêmico do sexto período, por exemplo, reflete sobre a relação médico-paciente:

“[...] o médico, ele tem que estar o tempo todo procurando pelas habilidades de comunicação mesmo, principalmente a empatia, ao tentar se colocar no lugar do paciente para tentar entender um pouco mais também a doença do ponto de vista do paciente”. (P11, Medicina, 5º período)

Entre os acadêmicos de Odontologia, as opiniões divergiram bastante, e o momento do curso não foi determinante nessas contraposições. Uma acadêmica do primeiro período, por exemplo, demonstrou ter um conceito do adoecer bastante restrito aos mecanismos biológicos:

“Se é, por exemplo, algum fator hereditário. A gente já procura saber os detalhes da doença, entendeu? Tem que se preocupar de onde veio, por que você pegou, como evitar pegar essa doença novamente. Depois que eu entrei na área de biológicas, a gente tem uma visão bem mais ampla do que realmente é a doença”. (P31, Odontologia, 1º período)

Já outros acadêmicos demonstraram ter uma percepção mais holística sobre o processo saúde-doença.

Em relação aos estudantes da metade final do curso, um entrevistado do sexto período se refere ao adoecimento como ausência de saúde apenas: “Adoecimento pra mim é ausência de saúde”. E essa mesma ideia é corroborada por outro aluno do sétimo período quando perguntado sobre o que é adoecer: “Perda de saúde, desregulação ambiental... algo assim”.

Os estudantes do curso de Enfermagem também demonstraram, entre si, visões distintas em relação ao adoecimento. Uma estudante do primeiro período, por exemplo, disse que o

mais importante é o cuidado com o paciente em todos os seus aspectos: “E agora, a partir do momento em que eu comecei a fazer o curso, a gente enxerga que, até mesmo a patologia é um conjunto de outros fatores, não é apenas uma doença”. Há, portanto, uma preocupação com o contexto vivido pelo paciente e não apenas com o aspecto orgânico de sua doença. Outro acadêmico, do quinto período, relaciona a doença com alteração do equilíbrio pessoal: “Acho que é uma questão de qualquer alteração fisiológica da pessoa. Alteração que vise adulterar a homeostasia da pessoa, do corpo”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se, na fala dos estudantes universitários, que persiste uma diversidade de conceitos sobre adoecimento, demonstrando que o curso de graduação contribuiu para modificar as percepções que os acadêmicos apresentavam antes do ingresso no ensino superior, mas não forçou a uniformização de um novo conceito.

Ao compararmos as visões dos três cursos, percebemos que existe maior afirmação da importância dos fatores biopsicossociais na saúde de um indivíduo entre os acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina em relação aos do curso de Odontologia. Estes últimos mostraram, de forma geral, ter uma formação mais pautada nos fatores biológicos do adoecimento, como no relato de um acadêmico do quarto período:

“Antes de começar o curso, várias doenças... que você não sabia os fatores que levam a essa doença. Depois que eu entrei no curso, algumas doenças você sabe qual o agente, como é seu tratamento”. (P34, Odontologia, 4º período)

Já os futuros médicos e enfermeiros, em sua maioria, denotaram ter desenvolvido um conceito mais amplo sobre o adoecer, como na fala deste acadêmico do quinto período de Enfermagem:

“Adoecimento, pra mim, vai além do fisiológico, de uma perturbação fisiológica. Acho que vai também no psicológico da pessoa, o bem-estar da pessoa”. (P6, Enfermagem, 5º período)

Também é possível depreender, com base nas entrevistas, que os acadêmicos dos cursos da área da saúde contemplados neste trabalho contrariaram os achados da literatura científica. De acordo com esta, a formação acadêmica centralizaria as percepções do processo saúde-doença apenas na dimensão biológica. Todavia, o que se encontrou neste trabalho foi que os acadêmicos ingressaram na faculdade com visões

bastante restritas do adoecimento, predominantemente centradas em aspectos biológicos, e a faculdade contribuiu para expandir essa percepção para as dimensões socioeconômica e psicológica.

É necessário, por fim, reforçar que a universidade, como instituição formadora, deve servir como ambiente de transformação e ampliação do conceito de adoecimento, revelando aos acadêmicos os aspectos biopsicossociais da área da saúde, para que eles aprendam a manejá-los em seu cotidiano enquanto futuros profissionais de saúde.

*Pesquisa contemplada no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC, junto à Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG (*bolsista Dâmaris Versiani Caldeira Gonçalves*).

Pesquisa aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes – nº 2723/2011.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
2. Graham IW, Andrewes T, Clark L. Mutual suffering: A nurse's story of caring for the living as they are dying. *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11(6):277-285.
3. Silva JTN, Miranda N, Marcolino JAM, Muñoz DR. Medida de sensibilidade ética em estudantes da medicina: um estudo na faculdade de ciências médicas da santa casa de São Paulo. *Rev Bras Educ Méd* 2005; 29(2).
4. Santos JQ. Noção popular de doença. In: Bloise P, org. *Saúde Integral: a medicina do corpo, da mente e o papel da espiritualidade*. São Paulo: Editora Senac; 2011. p.37-48
5. Caprara A. Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença. In: Alves PC, Rabelo MC, orgs. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1998. p. 123-138.
6. Ferreira RC, Silva RF, Zanolli MB, Varga CRR. Relações éticas na Atenção Básica em Saúde: a vivência dos estudantes de medicina. *Ciênc. saúde coletiva* 2009; 14 (suppl.1): 1533-1540.
7. Pessoti I. A formação humanística do medico. *Medicina Ribeirão Preto* 1996; 29(440):448.
8. Agha SA, Agha MA, Usman G, Agha Z. Assessment of the perceptions of health among medical students. *Journal of Medical Sciences* 2011;9(2).
9. Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 4.ed. São Paulo: Cortez; 2000.

10. Minayo MCS, org. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010. (Coleção tema sociais)
11. Matheus MCC. Os Fundamentos da Pesquisa Qualitativa. In: Matheus MCC; Fustinoni SM. Pesquisa qualitativa em enfermagem. São Paulo: LMP; 2006. cap. 1, p. 17-22.
12. Kelle U. Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7.ed. Petrópolis; 2008. p. 393-442
13. Gill R. Análise de discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7.ed. Petrópolis; 2008. p. 244-270
14. Riquinho DL, Gerhardt TE. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. Saúde e Sociedade 2010; 19(2):320-332.
15. Caetano VC, Cruz DT, Silva GA, Leite ICG, Carvalho SM. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. Physis 2012; 22 (3) 1047-1062.
16. Fernandes OMT, Lopes MAP. Corpo, saúde e doença: que representação dos enfermeiros? Congresso Português De Sociologia; 2000; Coimbra, Portugal.
17. Organização Mundial de Saúde. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: OMS; 1991.
18. Torres MFM, Carvalho FR, Martins MD. 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 2011; 16 (Supl. 1):1409-1415.
19. Knight LV, Mattick K. 'When I first came here, I thought medicine was black and white': Making sense of medical students' ways of knowing. Social Science & Medicine 2006; 63:1084-1096.
20. Stefan MD, Mcmanus IC. The concept of disease: its evolution in medical students. Social Science & Medicine 1989; 29 (7):791-792.
21. Boruchovitch E, Mednick BR. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. Psico-USF 2002; 7(2):175-183.
22. Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. Patient Education and Counseling 2004; 53: 239-244.
23. Cerqueira-Silva S, Dessen MA, Costa Junior AL. As contribuições da ciência do desenvolvimento para a psicologia da saúde. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16 (supl. 1): 1599-1609.
24. Ribeiro KSQS. A contribuição da extensão comunitária para a formação acadêmica em fisioterapia. Fisioterapia e Pesquisa 2005;12(3).
25. Reis AM, Soares CB, Campos CMS. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. Saúde e Sociedade 2010;19(2).
26. Luo L. A preliminary study on the concept of health among the Chinese. Counselling Psychology Quarterly 2002; 15(2):179-189.
27. González AD, Almeida MJ. Integralidade da Saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc. saúde coletiva 2010; 15(3):757-762.
28. Walthew P, Scott H. Conceptions of health promotion held by pre-registration student nurses in four schools of nursing in New Zealand. Nurse Education Today 2012; 32:229-234.
29. Baum A; Posluszny DM. Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. Annual Review of Psychology 1999; 50:137-163.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Dâmaris Versiani Caldeira Gonçalves foi responsável pela coleta, análise e interpretação dos dados, revisão de literatura e elaboração do artigo. Luana Camargo Brito foi responsável pela coleta, análise e interpretação de dados, revisão de literatura e elaboração do artigo. Matheus Ferreira de Carvalho foi responsável pela coleta, análise e interpretação dos dados, revisão de literatura e elaboração do artigo. Cristina Andrade Sampaio foi responsável pela orientação das atividades desenvolvidas, por analisar e interpretar os dados, revisão de literatura, elaboração e revisão final do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristina Andrade Sampaio
Campus Universitário Prof. Darcy Ribeiro, s/nº – Vila Mauricéia
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Montes Claros
CEP 39401-089 MG
E-mail: cristina.sampaio@unimontes.br