



NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

**FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE: RELAÇÃO COM O CUIDADO NA
PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

RIO GRANDE

2022

NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

**FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE: RELAÇÃO COM O CUIDADO NA
PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutora em enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosemary Silva da Silveira

Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Daiane Porto Gautério Abreu

RIO GRANDE

2022

Ficha Catalográfica

M386f Martins, Nidia Farias Fernandes.
Formação acadêmica em Saúde: relação com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde / Nidia Farias Fernandes Martins. – 2022.
180 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2022.

Orientadora: Dra. Rosemary Silva da Silveira.

Coorientadora: Dra. Daiane Porto Gautério Abreu.

1. Formação Profissional em Saúde 2. Promoção da Saúde
3. Prevenção de Doenças 4. Saúde 5. Educação em Saúde
6. Letramento em Saúde 7. Sistema Único de Saúde I. Silveira, Rosemary Silva da II. Abreu, Daiane Porto Gautério III. Título.

CDU 616-083

Folha de aprovação

NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

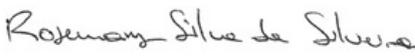
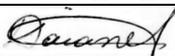
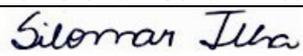
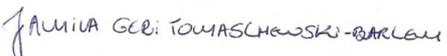
FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE: RELAÇÃO COM O CUIDADO NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 19 de julho de 2022, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dr ^a Rosemary Silva da Silveira - Presidente (FURG)
 Dr ^a Daiane Porto Gautério Abreu - Coorientadora (FURG)
 Dr ^a Laurelize Pereira Rocha - Efetivo (FURG)
 Dr. Silomar Ilha - Efetivo (UNIFRA)
 Dr ^a Ceres Braga Arejano - Efetivo (FURG)
 Dr ^a Jamila Geri Tomaschewski Barlem - Suplente (FURG)
 Dr ^a Cenir Gonçalves Tier - Suplente (UNIPAMPA)

Dedico este trabalho...

À minha avó, Dilsa Goulart Martins (in memoriam), por todo amor e carinho dedicados a mim, e por sempre me apoiar em todos os momentos de minha vida, incondicionalmente.

À minha família, meu esposo, meus pais e minha irmã, que são minhas fortalezas.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me concedido a vida e suas bênçãos.

À minha Família: meus pais, irmã e esposo, por estarem do meu lado em todas as circunstâncias, pelo apoio, amor e carinho incondicional e pelo incentivo de sempre.

Aos meus amigos, que também me apoiam muito e de alguma forma sempre torceram muito pelas minhas conquistas.

À minha co-orientadora, Daiane Abreu, que me acompanha na jornada acadêmica e profissional desde a minha Residência Multiprofissional, também por sempre me apoiar e me incentivar, sempre exaltando minhas capacidades, e sempre disponível em todos os momentos.

À minha orientadora, Rosemary Silveira, por aceitar com muito carinho a empreitada de uma orientação “no meio do caminho”, acolher meus projetos e minhas ideias, e estar sempre aberta e disponível nesta jornada.

Aos participantes da pesquisa, estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG que aceitaram participar e contribuíram significativamente com suas experiências e vivências, enriquecendo o trabalho.

A todos que de alguma forma contribuíram para a operacionalização dessa pesquisa, em especial às coordenações dos cursos elencados para a pesquisa e a banca do projeto e da defesa, pelas contribuições que, sem dúvida, enriqueceram esse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, e aos colegas da turma de doutorado, pelas trocas, conhecimentos compartilhados, apoio e interação, sendo também fundamentais nessa caminhada acadêmica e profissional.

Muito obrigada!

Nidia Farias Fernandes Martins.

RESUMO

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. Formação acadêmica em saúde: relação com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde. 2022. 180p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande.

Teve-se como objetivos: Compreender o conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil e sua relação o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde; compreender a relação entre a formação em educação em saúde de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde; Compreender a relação entre o conceito e uso do Letramento em Saúde de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, com 22 estudantes do último ano de graduação: cinco do curso de enfermagem, nove de medicina e oito de psicologia. A coleta dos dados ocorreu de maio a dezembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada online, por videoconferência. Utilizou-se a Análise Textual Discursiva. Os aspectos éticos foram respeitados, e obteve-se aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa local. Os resultados originaram 29 categorias finais, que foram apresentadas em três artigos. O estudo demonstrou que maior parte dos estudantes aproximaram sua visão ao conceito ampliado de saúde, conceberam a educação em saúde aproximando-se da abordagem dialógica, e que a formação não contempla o conceito de letramento em saúde, porém abrange elementos do conceito presentes na formação, prática e cuidado. Confirma-se, em parte, a tese que: “A formação dos estudantes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade no Sul do Brasil contempla o conhecimento e adoção de um conceito ampliado de saúde, o conhecimento do conceito e uso adequado do Letramento em Saúde, bem como a educação em saúde em uma perspectiva dialógica, refletindo, assim, em um cuidado em saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde.” Isso porque alguns estudantes ainda possuíam uma visão mais restrita de saúde, bem como elementos de uma educação em saúde tradicional, e, em uma perspectiva geral, a formação não contemplou o conceito de Letramento em Saúde. Porém, ainda que com resquícios de uma formação tradicional, essa consegue refletir em ensino, prática e cuidados voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças e Sistema Único de Saúde. Foi possível evidenciar que o cuidado é priorizado por meio do trabalho em equipe, da troca de saberes e da comunicação, em consonância com as necessidades da população, o que permite autocuidado, empoderamento e protagonismo dos usuários e compartilhamento de responsabilidades para mudar hábitos e melhorar a qualidade de vida. O estudo contribuiu para expandir o conhecimento acerca da formação superior em saúde para o Sistema Único de Saúde, podendo instigar a reflexão e discussão entre discentes, docentes, e gestores no Brasil quanto à necessidade de estratégias para consolidar a mesma, voltada a um cuidado ampliado e direcionado às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Formação Profissional em Saúde. Promoção da Saúde. Prevenção de Doenças. Saúde. Educação em Saúde. Letramento em Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. Undergraduate health: relationship with care from the perspective of the Unified Health System. 2022. 180p. Thesis (Doctorate in Nursing). School of Nursing. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande (FURG), Rio Grande.

The objectives were: To understand the concept of health expressed by students of nursing, medicine and psychology courses at a university in southern Brazil and its relationship to care from the perspective of the Unified Health System; understand the relationship between the training in health education of students in nursing, medicine and psychology courses at a university in southern Brazil and care from the perspective of the Unified Health System; To understand the relationship between the concept and use of Health Literacy by students of nursing, medicine and psychology courses at a university in southern Brazil with care from the perspective of the Unified Health System. A qualitative, exploratory-descriptive research was carried out with 22 students in their final year of graduation: five from the nursing course, nine from medicine and eight from psychology. Data collection took place from May to December 2021, through an online semi-structured interview, by videoconference. Discursive Textual Analysis was used. Ethical aspects were respected, and approval was obtained from the local Research Ethics Committee. The results originated 29 final categories, which were presented in three articles. The study showed that most students approached their vision to the expanded concept of health, conceived health education approaching the dialogic approach, and that training does not include the concept of health literacy, but covers elements of the concept present in training, practice and care. The thesis is confirmed, in part, that: “The training of students in the courses of medicine, nursing and psychology at a university in the South of Brazil contemplates the knowledge and adoption of an expanded concept of health, the knowledge of the concept and proper use of Health Literacy, as well as health education in a dialogic perspective, thus reflecting on health care from the perspective of the Unified Health System.” This is because some students still had a more restricted view of health, as well as elements of traditional health education, and, in a general perspective, the training did not include the concept of Health Literacy. However, even with remnants of a traditional training, it manages to reflect in teaching, practice and care aimed at health promotion, disease prevention and the Unified Health System. It was possible to show that care is prioritized through teamwork, the exchange of knowledge and communication, in line with the needs of the population, which allows self-care, empowerment and protagonism of users and sharing responsibilities to change habits and improve the quality of life. The study contributed to expanding the knowledge about higher education in health for the Unified Health System, being able to instigate reflection and discussion among students, professors, and managers in Brazil regarding the need for strategies to consolidate it, aimed at expanded care and directed to the guidelines and principles of the Unified Health System.

Descriptors: Health Human Resource Training. Health Promotion. Disease Prevention. Health. Health Education. Health Literacy. Unified Health System.

RESUMÉN

MARTINS, NIDIA FARIAS FERNANDES. Formación académica en salud: relación con el cuidado en la perspectiva del Sistema Único de Salud. 2022. 180p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande (FURG), Rio Grande.

Los objetivos fueron: Comprender el concepto de salud expresado por estudiantes de enfermería, medicina y psicología de una universidad del sur de Brasil y su relación con el cuidado en la perspectiva del Sistema Único de Salud; comprender la relación entre la formación en educación en salud de los estudiantes de los cursos de enfermería, medicina y psicología de una universidad del sur de Brasil y el cuidado en la perspectiva del Sistema Único de Salud; Comprender la relación entre el concepto y el uso de la Alfabetización en Salud por estudiantes de cursos de enfermería, medicina y psicología de una universidad del sur de Brasil con el cuidado en la perspectiva del Sistema Único de Salud. Se realizó una investigación cualitativa, exploratoria-descriptiva con 22 estudiantes del último año de la carrera: cinco de la carrera de enfermería, nueve de medicina y ocho de psicología. La recolección de datos ocurrió de mayo a diciembre de 2021, a través de una entrevista semiestructurada en línea, por videoconferencia. Se utilizó el Análisis Textual Discursivo. Se respetaron los aspectos éticos y se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación local. Los resultados originaron 29 categorías finales, que fueron presentadas en tres artículos. El estudio mostró que la mayoría de los estudiantes acercaron su visión al concepto ampliado de salud, concibieron la educación en salud acercándose al enfoque dialógico, y que la formación no incluye el concepto de alfabetización en salud, pero abarca elementos del concepto presentes en la formación, la práctica y el cuidado. Confirma, en parte, la tesis de que: “La formación de los estudiantes de los cursos de medicina, enfermería y psicología de una universidad del sur de Brasil contempla el conocimiento y la adopción de un concepto ampliado de salud, el conocimiento del concepto y uso adecuado de la Alfabetización en Salud, así como la educación en salud en una perspectiva dialógica, reflexionando así sobre el cuidado de la salud desde la perspectiva del Sistema Único de Salud”. Esto se debe a que algunos estudiantes todavía tenían una visión más restringida de la salud, así como elementos de la educación en salud tradicional y, en una perspectiva general, la formación no incluía el concepto de Alfabetización en Salud. Sin embargo, aun con remanentes de una formación tradicional, logra reflejarse en la enseñanza, la práctica y la atención orientada a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el Sistema Único de Salud. Se pudo evidenciar que la atención se prioriza a través del trabajo en equipo, el intercambio de saberes y la comunicación, acorde a las necesidades de la población, lo que permite el autocuidado, el empoderamiento y protagonismo de los usuarios y compartir responsabilidades para cambiar hábitos y mejorar la calidad de vida. El estudio contribuyó a ampliar el conocimiento sobre la educación superior en salud para el Sistema Único de Salud, pudiendo suscitar la reflexión y discusión entre estudiantes, profesores y gestores en Brasil sobre la necesidad de estrategias para su consolidación, con vistas a la atención ampliada y dirigida a los lineamientos y principios del Sistema Único de Salud.

Descriptor: Capacitación de Recursos Humanos en Salud. Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades. Salud. Educación en Salud. Alfabetización en Salud. Sistema Único de Salud.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 FORMAÇÃO EM SAÚDE	20
2.1.1 Percurso da formação em saúde no Brasil	20
2.1.2 A formação em saúde e sua relação com o SUS, a promoção da saúde e a prevenção de doenças	26
2.2 CONCEITO DE SAÚDE	34
2.2.1 Histórico, conceitos e determinantes da saúde	34
2.2.2 O conceito de saúde e a formação em saúde	41
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	43
2.3.1 Histórico, conceitos e abordagens de educação em saúde	43
2.3.2 Educação em saúde e a formação em saúde	51
2.4 LETRAMENTO EM SAÚDE	53
2.4.1 conceitos e fatores determinantes do Letramento em Saúde	53
2.4.2 Consequências, implicações e avaliação do Letramento em Saúde	61
2.4.3 Letramento em Saúde e a formação em saúde	65
3 METODOLOGIA	68
3.1 TIPO DE ESTUDO	68
3.2 LOCAL DO ESTUDO	68
3.3 PARTICIPANTES	70
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	70
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	71
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	77
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1 ARTIGO 1	80
4.2 ARTIGO 2	104
4.3 ARTIGO 3	122

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
REFERÊNCIAS	148
APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	168
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	169
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - FURG	171
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FURG	172
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DAS COORDENAÇÕES DOS CURSOS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	178

1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais na área da saúde sempre esteve atrelada aos modelos de atenção à saúde vigentes, seguindo seus percursos e práticas históricas, culturais e sociais (PEREIRA; LAGES, 2013). Os modelos de atenção à saúde dizem respeito, a organização, na sociedade, das ações de atenção à saúde, que envolvem recursos físicos, tecnológicos, assistenciais e humanos que estarão disponíveis para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde da coletividade (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Historicamente, a formação em saúde sofreu influência do modelo biomédico de saúde e da fragmentação do saber em seus processos de ensino-aprendizagem. Assim, o ensino baseado em especialidades, o enfoque nas doenças, as práticas hospitalocêntricas e voltadas a técnicas e procedimentos foram características que permearam a formação no mundo e no Brasil desde o século XVI e por bastante tempo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; VELOSO, 2016).

Constantes lutas populares e os movimentos sociais e sanitários em meados do século XX, no mundo e no Brasil, modificaram o enfoque no ensino superior em saúde. Assim, as práticas de ensino e extensão começaram a priorizar a prevenção e o cuidado integral, a participação comunitária, bem como a inserção do trabalho universitário na Atenção Primária à Saúde (APS) (ALMEIDA et al., 2007; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Com o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as modificações na atenção em saúde se consolidaram. A formação de recursos humanos para a área da saúde segue o preconizado no SUS por meio de seus princípios e diretrizes devendo direcionar a educação superior em saúde, com a integralidade e a equidade, o cuidado humanizado, a promoção da saúde e participação da comunidade (ALMEIDA et al., 2007; BRASIL, 1988; 1990; VELOSO, 2016).

Nesse sentido, a educação e a saúde tornam-se práticas sociais inseparáveis e interdependentes que estão permanentemente articuladas, sendo consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde. Nesse ínterim, a formação profissional afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários quanto ao reconhecimento do SUS como proposta efetiva na atenção à saúde (MACHADO; WANDERLEY, 2012).

Nessa perspectiva, as Instituições de Ensino Superior (IES) passam, então, a ser estimuladas a inovar o processo ensino-aprendizagem para tornar os profissionais, cada vez mais crítico-reflexivos, ativos e protagonistas na construção de seus conhecimentos, visando

promover transformações nas práticas de saúde e atender às necessidades da população (NALOM et al., 2019). A formação em saúde voltada para o SUS tem, portanto, papel relevante na reorientação para o trabalho em saúde, estimulando a reorientação de práticas pedagógicas (VELOSO, 2016).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na saúde, elaboradas a partir de 2001 e ampliadas em 2017 orientam os projetos políticos pedagógicos e currículos das IES no Brasil, norteando essas inovações, reforçando o arcabouço teórico e inserção precoce e progressiva do estudante no SUS. Com isso, garantem uma formação contemporânea e alicerçada em princípios éticos, cidadania e com o cuidado baseado no processo saúde-doença da população (BRASIL, 2001a; 2001b; 2017a; HADDAD et al., 2006).

Mesmo com os avanços propostos e já consolidados, a formação na área da saúde ainda apresenta elementos do modelo tradicional de ensino, com práticas voltadas ao modelo biomédico. Estas priorizam o ensino especializado, com a fragmentação do saber e o distanciamento das necessidades e determinantes de saúde da população, bem como a priorização de procedimentos técnicos e do cuidado voltado à doença (COSTA et al., 2018; FIGUEIREDO, ORRILLO, 2020; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Em contrapartida, foi evidenciado que a inserção permanente dos estudantes nos cenários de atenção à saúde vinculados ao SUS possibilita ampliar a sua visão crítico-reflexiva dos processos saúde-doença e o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho interdisciplinar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BEZERRA; SORPRESO, 2016; NALOM et al., 2019).

Para potencializar as mudanças na atenção e formação em saúde arraigada no SUS, a promoção da saúde e a prevenção de doenças inserem-se como estratégias essenciais para o atendimento das necessidades de saúde da população em uma perspectiva ampliada, e conforme ditam os princípios e diretrizes do SUS. A prevenção tem como meta central reduzir ou evitar doenças ou suas complicações. Já, a promoção da saúde é mais ampla, referindo-se a medidas que vão além da doença, e dizem respeito à manutenção da saúde e bem-estar de forma global (CZERESNIA; FREITAS, 2009; NUTBEAM; MUSCAT, 2021).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são, portanto, distintas, mas também se completam. Elas estão inseridas nas práticas de atenção à saúde no SUS, no intuito de qualificar o cuidado (BRASIL, 2014; CZERESNIA; FREITAS, 2009). Na formação em saúde, tornam-se elementos fundamentais para qualificar a formação acadêmica, com a

inserção dos alunos nos serviços de saúde, possibilitando ampliar as habilidades de cuidado, políticas e relacionais, preparando-os efetivamente para o cuidado no âmbito do SUS (BEZERRA; SORPRESO, 2016; BRASIL, 2017a).

A efetivação do SUS na prática de atenção à saúde e o cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças ainda tem sido destacado como um desafio. Apesar da proposta de reorganização do modelo de saúde no contexto do SUS, o modelo de atenção à saúde curativista e biomédico ainda persiste dentro das práticas de trabalho. Ele é evidenciado por práticas assistencialistas e hegemônicas, enfoque nas doenças e na cura, na supervalorização do atendimento clínico e dissociação do contexto social, o que vai ao encontro da proposta de promoção e prevenção (ESMERALDO et al., 2017).

A persistência de dois modelos distintos acarreta dificuldades na mudança cultural, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários assistidos. A busca por profissionais e unidades de saúde gira somente em função de doenças e agravos, mas não como uma possibilidade de melhoria de saúde, bem-estar e qualidade de vida na busca de outras vertentes além da clínica. Os profissionais também parecem dar enfoque apenas clínico e biológico, bem como uma assistência focalizada em problemas, não englobando a integralidade do sujeito (ESMERALDO et al., 2017).

Do mesmo modo e aliado a isso, a persistência desse modelo tradicional pode trazer impactos relacionados ao acesso aos serviços, aumento de demandas complexas, sobrecarga no sistema de saúde como aumento de consultas e internações, além de gerar maiores gastos em saúde (GOMES et al., 2009; OLIVEIRA; CAETANO, 2021; VIACAVA et al., 2018).

Destarte, a formação de recursos humanos que ainda persiste no modelo biomédico acaba por consolidar estes problemas. O preparo dos profissionais para atuar no SUS e o enfoque para ações promotoras e preventivas na saúde são fundamentais para atingir a integralidade do cuidado e o atendimento conforme as necessidades de saúde e os determinantes sociais, sendo, portanto, necessários (CARVALHO et al., 2017; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

Acredita-se que um dos aspectos imprescindíveis para a qualificação dos futuros profissionais de saúde nessa perspectiva é a apreensão do conceito de 'saúde', pois a definição de saúde sofreu interferência de diversos momentos históricos, sociais, culturais e políticos ao longo do tempo. A saúde foi entendida, por muito tempo, como 'ausência de doenças', atrelada ao modelo biomédico de saúde, que inclusive no senso comum é presente até hoje (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019; SCLIAR, 2007).

Na contemporaneidade, críticas a essa concepção equivocada do conceito de saúde, aliadas à uma transição epidemiológica de doenças infectocontagiosas ao surgimento de problemas crônicos, bem como a criação de órgãos como a Organização Mundial de saúde (OMS) modificaram a visão de saúde (SIMÕES, 2017). A partir da OMS, a saúde começou a ser entendida como um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não mais como ausência de doença (NUTBEAM; MUSCAT, 2021; OMS, 1946).

Considerada extremamente ampla e utópica, essa visão também foi criticada, visto que não leva em conta as desigualdades de saúde no mundo e a participação individual, coletiva e do Estado nas responsabilidades de saúde da população (BATISTELA, 2007; SCLIAR, 2007).

Surge, então, o conceito ampliado de saúde, proposto pela OMS, ou seja, a saúde é entendida a partir dos determinantes do processo saúde-doença e resultado das formas de organização social, política e econômica (OMS, 1978). Este traz como dever do Estado garantir as condições para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1986; 1988; NUTBEAM; MUSCAT, 2021).

Este conceito, contrapondo-se ao modelo biomédico, é adotado no modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, e firmado na Constituição Federal de 1988 como direito dos cidadãos. Engloba a saúde como uma construção dinâmica, que não tem como causa principal a ‘doença’, mas sim uma complexidade de fatores individuais e coletivos que afetam ou potencializam a mesma (BATISTELA, 2007; BRASIL, 1988; SIMÕES, 2017).

Neste ínterim, as concepções sobre o que significa ‘saúde’ refletem diretamente nas práticas em saúde e são, portanto, cruciais para a consolidação do modelo de atenção à saúde vigente (o SUS) e a superação do modelo biomédico (BATISTELA, 2007; BEZERRA; SORPRESO, 2016). Da mesma forma, o conceito de saúde em uma perspectiva ampliada orienta a formação de profissionais de saúde voltados aos princípios do SUS, superando práticas de ensino fragmentadas e currículos acadêmicos rígidos, e preparando os futuros trabalhadores para as reais demandas populacionais, considerando suas heterogeneidades (BRASIL, 2017a; RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

Nesse sentido, a apreensão de um conceito de saúde na formação em saúde reflete diretamente no tipo de cuidado que é prestado aos usuários. A apreensão de um conceito limitado, ligado apenas à ausência de doenças, pode refletir em uma assistência mais restrita, também com enfoque em doença-cura. Já a ampliação desse conceito no decorrer da formação, com um enfoque ampliado e aproximado com os princípios do SUS pode favorecer

a reflexão dos estudantes no futuro profissional, com uma visão mais complexa e um maior preparo para atuar frente às demandas e necessidades de saúde (SANDERS, 2019; ZAMPROGNA et al., 2020).

Outro elemento considerado imprescindível na formação em saúde na perspectiva do SUS é a ‘educação em saúde’. Esta pode ser compreendida como um processo de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionadas ao cotidiano, que envolvem a saúde direta ou indiretamente, por meio da interação entre usuários do sistema e profissionais de saúde (BRASIL, 2013; COLOMÉ, OLIVEIRA, 2012). A educação em saúde também passou por modificações ao longo do tempo, tornando-se uma temática complexa e que depende de várias dimensões, tais como políticas, sociais, filosóficas, religiosas, individuais e coletivas (SALCI, et al., 2013).

No campo das práticas em saúde, emergem duas principais abordagens de educação em saúde: a ‘tradicional’ e a ‘dialógica’. A abordagem tradicional é fundamentada no modelo biomédico de saúde, tem como principais características: o conhecimento centrado no profissional, a transmissão de informações e a padronização de condutas e hábitos de saúde. Os sujeitos são considerados como desprovidos do conhecimento e suas vivências e experiências não tem relevância no processo de educação (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA-ARIOLI, 2013; SILVA et al., 2010).

A abordagem dialógica, que é a abordagem que se aproxima com os princípios e diretrizes do SUS, trabalha com o diálogo e busca formas coletivas de aprendizado. Os sujeitos são vistos como ativos e participativos nas práticas de saúde e seus contextos sócio-históricos e determinantes da saúde são relevantes nessa produção do conhecimento, buscando transformar saberes existentes. O diálogo entre profissional e usuário ocorre de maneira horizontal, buscando sempre a participação e a autonomia dos sujeitos (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA et al., 2010).

A educação em saúde é um processo presente nos diversos cenários de saúde, sendo imprescindível para a consolidação dos cuidados em saúde, para a responsabilização do cuidado, a manutenção e melhoria de saúde e de qualidade de vida dos usuários (FEIJÃO; GALVÃO, 2007; FIGUEIREDO JÚNIOR et al., 2020; PUEYO-GARRIGUEZ et al., 2019).

Posto isto, os profissionais de saúde são um elo entre os usuários/comunidade e o SUS, sendo a educação em saúde um dos processos que potencializa essa aproximação (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014). Portanto, a formação dos profissionais da área da

saúde quanto à educação em saúde em uma perspectiva dialógica torna-se fundamental, sendo priorizada nas DCN dos cursos da área da saúde (BRASIL, 2017a).

Apesar disso, essa formação ainda persiste, por vezes, em pautar-se na abordagem tradicional, com enfoque na transmissão de informações e verticalização do saber (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012; SOARES et al., 2017). Desse modo, foi evidenciado que a inserção dos acadêmicos em cenários práticos e de extensão pode ser um caminho que favorece a educação em saúde na perspectiva dialógica e próxima ao SUS, pois possibilitam a aproximação com a realidade e necessidades da população e a prática em equipe e interdisciplinar, engendrando uma nova visão ao futuro profissional de saúde e permitindo olhar integral, para a prevenção e promoção da saúde (COUTO; SANTOS; YARID, 2018; SANTOS et al., 2020).

Outro fator relevante e fundamental, que tem uma relação direta com a educação em saúde e a qualidade do cuidado é o Letramento em Saúde (LS). Este pode ser definido como as competências, o conhecimento, e a motivação para acessar, compreender, interpretar e aplicar informações em saúde, potencializando a autogestão dos cuidados, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida (SORENSEN et al., 2012).

Uma pessoa com limitado LS pode ter dificuldades relacionadas à gestão de sua saúde, como leitura de rótulos de medicamentos, compreensão inadequada de orientações do profissional de saúde e erros de condutas terapêuticas (FABBRI et al., 2020; SMITH et al., 2018). Por isso, a comunicação entre profissional e usuário é importante, e os profissionais necessitam utilizar o LS como uma ferramenta de investigação para saber o nível de compreensão dos indivíduos acerca das informações e educação em saúde compartilhadas (ALLEN et al., 2017; FARMANOVA; BONNEVILLE; BOUCHARD, 2018).

Para os futuros profissionais de saúde, durante sua formação, o LS também é relevante, pois propicia uma comunicação efetiva entre os estudantes e os sujeitos assistidos, além de contribuir para o refinamento das práticas de educação em saúde dos acadêmicos. Assim, o LS é um aspecto fundamental na aproximação do cuidado na perspectiva do SUS, ampliando a visão sobre o processo saúde-doença e impactando os resultados em saúde, além de qualificar o futuro trabalhador da área (BRASIL, 2017a; CHCS, 2013).

Alguns autores no cenário internacional indicam que a formação em saúde relacionada ao LS ainda é escassa, evidenciando pouco treinamento voltado a esse aspecto, bem como a falta de inserção da temática em currículos nas IES (KAPER et al., 2018; MACABASCO-O'CONNELL; FRY-BOWERS, 2011). Em contrapartida, quando ocorre a inserção da

temática na educação superior de profissionais da saúde, essas propiciam melhorias significativas nas competências e habilidades dos estudantes em avaliar o LS e educar em saúde com novas perspectivas e maior confiança (SAUNDERS; PALESY; LEWIS, 2019). Não foram encontrados estudos no Brasil que investigassem a formação relacionada ao LS, demonstrando existir uma lacuna a esse respeito.

Assim, a educação em saúde voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS, e o conhecimento e uso do LS para avaliar as competências e habilidades dos sujeitos em relação a sua autogestão de saúde são aspectos fundamentais. Estes garantem um cuidado efetivo e o desenvolvimento de habilidades e competências para hábitos e atitudes que favoreçam a saúde dos indivíduos. Por isso, são imprescindíveis na formação dos profissionais de saúde (GONÇALVES et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

Frente aos aspectos trazidos, este estudo justificou-se pela possibilidade de enriquecer e instigar as discussões e reflexões em relação à formação de profissionais da área de enfermagem, medicina e psicologia na perspectiva do SUS. Estas, relacionadas às práticas pedagógicas e currículos, principalmente aqueles voltados ao modelo biomédico de saúde, dentro das estruturas de ensino superior em saúde no Brasil. Conforme exposto, as implicações de uma formação fragmentada pode trazer impactos diretos na saúde e qualidade de vida da população, pois apresentam enfoque nas doenças e na cura em detrimento a promoção da saúde e prevenção de doenças. Dessa forma, pode modificar e desqualificar a atenção à saúde prestada, que deve ser integral, equitativa e de acordo com os demais princípios do SUS.

Segundo, no que se refere à inexistência de estudos relacionados ao LS e a formação em saúde no cenário brasileiro. Também poderá instigar reflexões e discussões frente às práticas profissionais privativas e interdisciplinares, impulsionando a busca constante de conhecimentos e de práticas relacionadas ao conceito de saúde, educação em saúde e LS, tanto na academia quanto nos ambientes de trabalho, bem como o seu impacto para o cuidado integral no SUS e o empoderamento dos usuários quanto à gestão de sua saúde e qualidade de vida.

Diante do exposto, emergiram as seguintes **questões de pesquisa**:

- Como o (s) conceito (s) de saúde que emergem da formação dos estudantes de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade no sul do Brasil reflete no cuidado na perspectiva do SUS?

- De que modo a formação em educação em saúde desses estudantes reflete no cuidado na perspectiva do SUS?

- O (s) conceito (s) e o uso do LS que emergem da formação desses estudantes reflete no cuidado na perspectiva do SUS?

Assim, o estudo teve como **objetivos**:

- Compreender o conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil e sua relação com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde;

- Compreender a relação entre a formação em educação em saúde de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde;

- Compreender a relação entre o conceito e uso do Letramento em Saúde de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia de uma universidade no sul do Brasil com o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde.

Defendeu-se, assim, a seguinte **tese**: “A formação dos estudantes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade no Sul do Brasil contempla o conhecimento e adoção de um conceito ampliado de saúde, o conhecimento do conceito e uso adequado do Letramento em Saúde, bem como a educação em saúde em uma perspectiva dialógica, refletindo, assim, em um cuidado em saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde.”

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está dividido em quatro subcapítulos: “Formação em saúde”, “Conceito de saúde”, “Educação em Saúde” e “Letramento em Saúde”. No primeiro subcapítulo, é abordado o histórico e um panorama da formação em saúde no ensino superior no Brasil, incluindo as leis e diretrizes curriculares para a área da saúde. Também é apresentada a relação dessa formação com o SUS, com a prevenção de doenças e com a promoção da saúde, trazendo os conceitos e históricos dessa construção.

No segundo capítulo, é abordado o histórico do conceito de saúde, apresentando-se os diferentes conceitos de saúde adotados ao longo da história no mundo e no Brasil, bem como seus determinantes sociais. Em seguida, é abordada a inserção do conceito de saúde no contexto da formação em saúde e suas relações com as práticas de ensino no Brasil.

O terceiro capítulo faz um resgate histórico e panorama da educação em saúde, trazendo as suas abordagens e aplicações no SUS. Em seguida, a inserção e prática da educação em saúde na formação em saúde e suas repercussões para a futura prática dos profissionais de saúde.

Por fim, o último capítulo trata sobre o Letramento em Saúde, seus conceitos, fatores determinantes, consequências, implicações, e formas de avaliação, bem como estudos recentes sobre a temática. Ainda, enfatiza-se a relação do mesmo e a sua inserção na formação em saúde, trazendo estudos recentes que evidenciam a importância desse conceito e do seu uso na formação.

Esta revisão de literatura foi construída a partir da busca livre de publicações: artigos científicos, dissertações, teses, e-books, livros, documentos de órgãos públicos, leis, documentos oficiais e demais materiais que estivessem disponíveis na internet e fossem de interesse na temática desta tese.

A busca foi realizada em bases de dados, como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a plataforma *Google Scholar*. Utilizaram-se palavras-chave de acordo com cada capítulo da revisão.

Para o primeiro capítulo, foram utilizadas as palavras-chave em português: “formação em saúde”, “ensino superior em saúde”, “educação superior em saúde”, “diretrizes curriculares na saúde”, “Sistema Único de Saúde”; “promoção da saúde”, “prevenção de doenças”; e em inglês: “*undergraduate health*”, “*health professions education*”, “*health*

promotion”, “*disease prevention*”. A busca foi realizada com os termos sozinhos ou agrupados, utilizando o operador booleano “and”.

No segundo capítulo, as palavras-chave utilizadas em português foram: “saúde”, “conceito de saúde”, “conceito ampliado de saúde”, “determinantes sociais de saúde”, “formação em saúde”, “ensino superior em saúde”, “educação superior em saúde”, “diretrizes curriculares na saúde”, “medicina”, “enfermagem”, “psicologia”; e em inglês foram: “*health*”, “*health concept*”, “*social determinants of health*”, “*undergraduate health*”, “*health professions education*”, “*medicine*”, “*nursing*”, “*psychology*”. A busca foi realizada com os termos sozinhos ou agrupados, utilizando o operador booleano “and”.

Para o terceiro capítulo, as palavras-chave utilizadas foram: “educação”, “educação em saúde”, “formação em saúde”, “ensino superior em saúde”, “educação superior em saúde”, “diretrizes curriculares na saúde”, “medicina”, “enfermagem”, “psicologia”; e em inglês foram: “*education*”, “*health education*”, “*undergraduate health*”, “*health professions education*”, “*medicine*”, “*nursing*”, “*psychology*”. A busca foi realizada com os termos sozinhos ou agrupados, utilizando o operador booleano “and”.

No quarto e último capítulo, as palavras-chave utilizadas foram: “letramento”, “letramento em saúde”, “alfabetização em saúde”, “formação em saúde”, “ensino superior em saúde”, “educação superior em saúde”, “diretrizes curriculares na saúde”, “medicina”, “enfermagem”, “psicologia”; e em inglês foram: “*literacy*”, “*health literacy*”, “*undergraduate health*”, “*health professions education*”, “*medicine*”, “*nursing*”, “*psychology*”. A busca foi realizada com os termos sozinhos ou agrupados, utilizando o operador booleano “and”.

2.1 FORMAÇÃO EM SAÚDE

2.1.1 Percurso da formação em saúde no Brasil

A formação de profissionais de saúde e seu exercício profissional sempre estiveram em evidência nas preocupações institucionais e nos movimentos sociais. A profissão médica, por exemplo, sempre passou por mudanças no ensino e em seu processo de trabalho desde o século XVI na Europa. Diferentes nações começaram a se interessar pelas condições de saúde da população, uma vez que elas determinavam a quantidade de sujeitos ativos e o nível de produção no sistema mercantilista (PEREIRA; LAGES, 2013).

As reivindicações do proletariado no século XVIII na Revolução Industrial sobre as precárias condições de vida e trabalho, e o adocimento constante foram motivos de interesse

do Estado, impulsionando a criação dos sistemas nacionais de saúde. Nesse período, França, Inglaterra e Alemanha iniciaram a criação de políticas médicas com a observação e estudo de taxas de natalidade, mortalidade e morbidade, bem como a normatização das práticas e do saber médico (PEREIRA; LAGES, 2013).

O ensino superior em saúde sofreu influência da concepção flexneriana e da fragmentação do saber em seus processos de ensino-aprendizagem. No século XX, com o avanço da ciência em detrimento ao empirismo e o estudo do médico americano Abraham Flexner sobre a educação médica norte-americana houve uma forte influência na prática médica. Suas principais características foram: a segmentação em ciclos básico e profissional, o enfoque na biologia para compreender o adoecimento, o ensino baseado em disciplinas ou especialidades e focado em sua maior parte no ponto de vista hospitalocêntrico (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; VELOSO, 2016).

Assim, foi legitimada a incorporação da racionalidade científica à medicina e outros cursos da saúde, com ênfase assistencial-hospitalar, o que passou a ser conhecido por “flexnerização” da formação em saúde. Trata-se de uma concepção de saúde na medida em que se valorizam os aspectos biológicos, com mecanização de práticas, especialização do conhecimento, negação dos saberes populares, com ênfase na medicalização e cura (PEREIRA; LAGES, 2013; VELOSO, 2016).

O modelo flexneriano começou a ser implantado no Brasil, na década de 40, nos cursos de medicina, odontologia e enfermagem, período no qual teve um crescimento muito grande. Porém, gastos exorbitantes em relação aos diagnósticos e tratamentos, e a escassez de recursos o levaram à derrocada (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

A iniciação do Estado de Bem-Estar Social nos países europeus e nos Estados Unidos impulsionou a reflexão e a discussão sobre a assistência médica, impulsionando as propostas de reforma preventivista e medicina integral. Na década de 50, esse movimento chega à América Latina, e surgem então dois grandes movimentos pró-mudança na formação superior dos profissionais de saúde, o da Medicina Comunitária e o da Integração Docente-Assistencial (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

A Medicina Comunitária buscava uma medicina simplificada, retornando no tempo, resgatando a medicina anterior aos avanços tecnológicos. Buscava também, a inclusão diferenciada das camadas sociais marginalizadas pelo processo de desenvolvimento. Sua

principal estratégia era o estímulo à participação comunitária, especialmente do trabalho voluntário (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; SANTANA; CAMPOS; SENA, 1999).

O movimento de Integração Docente-Assistencial inicia a inserção do estudante no serviço através de atividades de extensão, o que se dá de modo acelerado, principalmente nos anos 70, quando estágios práticos eram realizados em centros de saúde e hospitais. Entretanto, essas estratégias não alteraram o ensino hospitalocêntrico e a prática fragmentada em inúmeras especialidades (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

No final da década de 70, os esforços para estimular a participação multidepartamental e multiprofissional foram implementados. Era um passo importante na direção de um ensino e de uma assistência mais adequada à realidade da sociedade. O movimento de Reforma Sanitária no Brasil e a reunião em Alta-Ata em 1978 buscaram a expansão da APS, passando a ampliar a discussão para a inserção do trabalho universitário no serviço de saúde (ALMEIDA et al., 2007; VELOSO, 2016).

Com as fortes mudanças no setor saúde no Brasil nas décadas de 80 e 90, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (1986) e a implantação do SUS em 1990, firmou-se o compromisso de que o mesmo passaria a ordenar a formação de recursos humanos. Seria, assim, um direcionador da formação em saúde, buscando a valorização da integralidade, ou seja, ações de saúde voltadas para a prevenção, para o cuidado humanizado e a promoção da saúde (ALMEIDA et al., 2007; BRASIL, 1990; VELOSO, 2016).

Nessa perspectiva, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9.394, promulgada em 20 de dezembro de 1996, é composta por premissas que fundamentam o processo de formação da educação superior. Esse se dá por meio do desenvolvimento de competências e habilidades, do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico e do pensamento reflexivo do cidadão, da flexibilidade dos currículos e da implementação de projetos pedagógicos inovadores (BRASIL, 1996; HADDAD et al., 2006).

Essa lei marca uma perspectiva de mudança para a formação e desenvolvimento do profissional da saúde, estimulando-os na construção da sociedade brasileira, com ênfase na defesa da saúde e da vida. Para tanto, estes devem suscitar desejo permanente de aperfeiçoamento, e conhecer os problemas regionais e nacionais, prestando serviços necessários à comunidade e estimulando a participação da população (BRASIL, 1996; HADDAD et al., 2006).

Em nove de janeiro de 2001, foi aprovado o Plano Nacional de Educação, por meio da Lei nº 10.172. A mesma estabeleceu as DCN, que constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos projetos político-pedagógicos e currículos pelas IES no Brasil (BRASIL, 2001a).

Em consonância com a Constituição Federal de 1988, com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e com a Lei de Diretrizes e Bases 9394/96, concretizou-se, em 2001, o Parecer nº 1.133, da Câmara de Educação Superior – CES, do Conselho Nacional de Educação – CNE. Este veio reforçar a necessidade da articulação entre educação superior e saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais (BRASIL, 2001b).

Surgem então as diretrizes curriculares para os cursos de graduação da saúde, orientadas pelo Parecer nº 1.133, que sinalizam a necessidade da incorporação do arcabouço teórico do SUS pelos cursos, nos seus projetos pedagógicos. Apreciaram ainda os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo saúde/doença/cuidado, garantindo uma formação contemporânea, e estimulando a inserção precoce e progressiva do estudante no SUS. Isso lhe garante conhecimento e compromisso com a realidade de saúde do seu país e sua região (BRASIL, 2001b; HADDAD et al., 2006).

A interlocução entre o Ministério da Educação (ME) e o Ministério da Saúde (MS) convergiu, assim, para a implementação das DCN como estratégia essencial para as mudanças na graduação, buscando orientar a formação do profissional às necessidades de saúde da população e do SUS (HADDAD et al., 2006).

Em 2005, estabelece-se uma política articulada de educação em saúde institucionalizada pela portaria Interministerial nº. 2.118 de 3 de novembro de 2005, a qual oficializa a cooperação técnica entre o MS e o ME, para a formação e desenvolvimento de profissionais nessa área. Essa parceria permitiu então criar mecanismos para viabilizar a articulação entre educação superior e saúde, visando à formação de profissionais coerente com o SUS (HADDAD et al., 2006).

A aprovação das DCN dos cursos da área da saúde em geral pode ser considerada resultado de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no País e entendida como reflexo das tendências internacionais que propuseram inovações na formação dos profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2007; BRASIL, 2001). Ressalta-se que cada profissão teve suas diretrizes publicadas separadamente, sendo que as DCN foram aprovadas, para os 14 cursos da área da saúde, entre 2001 e 2004 (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Para auxiliar na implementação das DCN com relação às necessidades do SUS, o governo federal publicou os editais do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que incluíram diferentes universidades brasileiras em projetos interprofissionais e interdisciplinares (BRASIL, 2007a; 2008; GRILLO; IBARRA; MEZADRI, 2019).

O PRÓ-Saúde objetiva a reorientação da formação profissional, garantindo uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007a); o PET-Saúde, considerado uma inovação pedagógica, inclui os cursos de graduação da área da saúde e enriquece a prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada (BRASIL, 2008).

Estes programas têm possibilitado vivências que ampliam a visão de professores, estudantes e profissionais do serviço, sobre o cuidado ao usuário que adocece no contexto de sua existência, colaborando para a escuta permeada por dúvidas, encantamentos e descobertas do imprevisível, qualificando a atenção à saúde que valoriza a relação entre humanos (BRASIL, 2007a; 2008).

Também no intuito de fortalecer ainda mais a formação qualificada de recursos humanos para o trabalho no SUS, o ME e o MS instituíram as Residências em Área Profissional da Saúde, que são definidas como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, e voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da Medicina (BRASIL, 2007b). Essa, que possui sua regulamentação própria para Residência Médica, também foi fortalecida por meio da do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica) com o objetivo de apoiar a formação de especialistas em regiões e áreas prioritárias para o SUS (BRASIL, 2009b).

Apesar dos avanços alcançados, um estudo que analisou as DCN do período de 2001 a 2004 para as 14 carreiras da Saúde demonstrou que a maioria das DCNs apresenta elementos do modelo tradicional de ensino e, mesmo que algumas carreiras tenham explicitado orientações para a superação das práticas hegemônicas, as mudanças inovadoras não foram expressas de forma clara nos documentos (COSTA et al., 2018).

Mudanças na formação dos profissionais da área da saúde ainda se configuram como necessárias e estratégicas para a consolidação do SUS. Reconhecendo este desafio, o MS tem

destinado apoio técnico e financeiro a projetos, programas e políticas públicas para promover a qualificação e a adequação do perfil dos trabalhadores às necessidades sociais em saúde, tendo como eixo a integração ensino-serviço-gestão-comunidade (BRASIL, 2017a).

Para tanto, em 2016 e 2017 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) ampliou a discussão sobre as DCN dos cursos de graduação da área da saúde, na perspectiva de que possam apontar para um perfil profissional para o trabalho coletivo em saúde como prática social, organizado de forma interdisciplinar e interprofissional, e proporcionem conhecimentos, habilidades e atitudes que possam superar os desafios contemporâneos do mundo do trabalho (BRASIL, 2017a).

Assim, foi formulada a Resolução Nº 569 de 8 de dezembro de 2017, que aprova o Parecer Técnico nº 300/2017 apresentando os princípios gerais para as DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde, como elementos norteadores para o desenvolvimento dos currículos e das atividades didático-pedagógicas, e que deverão compor o perfil dos egressos desses cursos, respeitando a expressão das singularidades de cada um deles e as especificidades de cada profissão. Esse parecer pauta-se nos princípios do SUS como elementos fundamentais na elaboração do mesmo (BRASIL, 2017a).

O documento abrange 14 categorias profissionais de saúde de nível superior, sendo elas: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, acrescidas dos profissionais da graduação em Saúde Coletiva. (BRASIL, 2017a)

São apresentados neste documento os seguintes pressupostos (BRASIL, 2017a):

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde;

II - Atendimento às necessidades sociais em saúde;

III - Integração Ensino-Serviço-Gestão-Comunidade;

IV - Integralidade e as Redes de Atenção à Saúde (RAS);

V - Trabalho interprofissional;

VI - Projetos Pedagógicos de Cursos e Componentes Curriculares coerentes com as necessidades sociais em saúde;

VII - Utilização de metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa;

VIII - Valorização da Docência na Graduação, do Profissional da Rede de Serviços e do Protagonismo Estudantil;

IX - Educação e Comunicação em saúde;

X - Avaliação com caráter processual e formativo;

XI - Pesquisas e Tecnologias Diversificadas em Saúde;

XII - Formação presencial e carga horária mínima para cursos de graduação da área da saúde.

2.1.2 A formação em saúde e sua relação com o SUS, a promoção da saúde e a prevenção de doenças

Segundo o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao SUS, entre outras atribuições, ordenar a formação dos profissionais da área de saúde (BRASIL, 1988). A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 14, também trata da integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (BRASIL, 1990). Assim, os princípios e diretrizes do SUS orientam a formação em saúde voltada para a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam superar os desafios que se apresentam às práticas profissionais nos diferentes contextos do trabalho em saúde (BRASIL, 2017b).

O SUS traz em seus princípios e diretrizes um modelo de saúde mais ampliado, buscando a universalidade de acesso às ações e serviços de saúde, a equidade e a integralidade da assistência, a descentralização da gestão nas esferas federal, estadual e municipal e a participação da comunidade mediante conselhos e conferências de saúde (BRASIL, 1990; 2015a).

Para concretizar e viabilizar esses princípios, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se como o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema (BRASIL, 2015a).

A APS é caracterizada como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017b, s/p).

A mesma está fundamentada na prática do trabalho em equipe, e desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, e dirigidas a populações de territórios bem definidos, com o cuidado centrado na pessoa e suas

necessidades, possibilitando a criação de vínculo e responsabilidades compartilhadas (BRASIL, 2017b).

No âmbito das políticas que regulamentam o SUS e a APS, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), trazendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo fundamental, que tem como objetivo desenvolver a atenção integral, com vistas a favorecer a autonomia das pessoas e impactar nos determinantes e condicionantes de saúde, contribuindo na melhoria da situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017b).

A ESF deve ser composta de uma equipe multiprofissional com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, e um auxiliar e/ou técnico de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde (ACS), que devem cobrir, no máximo, 750 pessoas por ACS, podendo contar ainda com uma equipe de saúde bucal (cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico de saúde bucal). Cada equipe de saúde da família deve cobrir, no máximo, 3.500 pessoas, levando em consideração o grau de vulnerabilidade das famílias a serem atendidas (BRASIL, 2017b).

A composição de equipes APS deixa de estar vinculada às equipes multiprofissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Esta era prevista para dar suporte às equipes da ESF com outras profissões como assistente social, professor de educação física fisioterapeuta, psicólogo, entre outros, conforme previa a PNAB (BRASIL, 2017b). Assim, conforme a Nota Técnica da Secretaria de Atenção Primária nº 3/2020, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe (BRASIL, 2020).

Sendo assim, a APS como porta de entrada dos usuários no sistema público de saúde no Brasil, busca a reorientação do cuidado em saúde fundamentado num modelo que priorize a atenção integral baseada nas necessidades de saúde da população, bem como a sua qualidade de vida, em detrimento ao modelo curativo e centrado na doença (BRASIL, 2017b). Nesse ínterim, essa lógica de cuidado, a promoção da saúde e a prevenção de doenças são duas estratégias importantes que integram a atenção à saúde da população no âmbito do SUS.

O termo 'prevenir' traz em seu significado a preparação para; antecipação ou impedimento de algo (dano/mal). A prevenção de doenças está correlata ao campo da epidemiologia e, desta forma, parte de um conhecimento de práticas cuja meta central é diminuir e evitar doenças, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. A prevenção pode ser classificada em quatro

níveis: primária, secundária, terciária e quaternária (CZERESNIA; FREITAS, 2009; NUTBEAM; MUSCAT, 2021).

A prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes do desenvolvimento de uma condição clínica, como por exemplo imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade; a prevenção secundária detecta um problema de saúde em estágio inicial, que pode ser subclínico, facilitando seu diagnóstico, tratamento e sua disseminação e efeitos, como por exemplo através da realização de exames de rastreamento, diagnóstico precoce como o citopatológico e a mamografia; a prevenção terciária reduz os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação, como por exemplo a prevenção de complicações de um sujeito com diabetes; e a prevenção quaternária, é a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. (CZERESNIA; FREITAS, 2009; NUTBEAM; MUSCAT, 2021).

Os cuidados preventivos na APS envolvem um amplo leque de tecnologias como rastreamento de doenças, vacinação, prevenção de fatores de riscos proximais, prevenção de fatores de risco biopsicológicos individuais, estratégias comportamentais e de motivação aplicadas em intervenções de modificação de estilos e hábitos de vida, orientação nutricional, orientação à atividade física, controle do tabaco, do álcool e de outras drogas, etc. (BRASIL, 2015b).

O termo ‘promover’ adquire o significado de impulsionar, fomentar, gerar algo, a partir do qual, a promoção da saúde pode ser definida de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se as medidas que não são direcionadas a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar/manter a saúde e o bem-estar (CZERESNIA; FREITAS, 2009; NUTBEAM; MUSCAT, 2021). Entretanto, os conceitos de prevenção e promoção se completam de tal forma que um não vem a anular o outro.

A promoção da saúde vem sendo discutida como estratégia essencial no SUS e se firmou como proposição de natureza política a ser incorporada como diretriz na formulação de políticas públicas de saúde de diversos países na Carta de Ottawa, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1986. Segundo a Carta, a promoção da saúde consiste em proporcionar à população meios de melhorar sua saúde e exercer controle sobre a mesma (WHO, 1986).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais, e os aspectos que determinam e condicionam o processo saúde-adoecimento (BRASIL, 2014). Pela promoção da saúde é possível fortalecer as capacidades individuais e coletivas, proporcionando maior capacidade de escolhas e atitudes sobre a própria vida. (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

Assim, promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em um sentido ampliado, permeando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é construída para qualificar o cuidado à saúde da população, ampliando e qualificando ações nos serviços e na gestão do SUS. Adotando essa perspectiva ampliada, nessa política a promoção da saúde é definida como

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014, s/p).

A PNPS traz como objetivo geral

promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, s/p).

Os temas prioritários propostos por essa política são: a formação e educação permanente; a alimentação adequada e saudável; as práticas corporais e atividades físicas; o enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, álcool e outras drogas; a promoção da mobilidade segura; a promoção da cultura da paz e de direitos humanos; e a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

A promoção da saúde e prevenção de doenças também é prevista no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas e Agravos Não-Transmissíveis no Brasil 2021-2030. Este propõe ações estratégicas nos dois âmbitos, visando melhorar o enfrentamento de doenças crônicas e agravos não-transmissíveis (DCNT) e os indicadores de saúde, bem como proporcionar a redução de riscos e de vulnerabilidades, relacionadas ao álcool e tabaco, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física, poluição atmosférica, violências, acidentes, câncer e demais DCNT (BRASIL, 2021). Essas políticas corroboram a prioridade que a promoção da saúde e a prevenção de doenças têm na atenção à saúde da população no Brasil.

As práticas de promoção da saúde estão inseridas em todos os cenários de atenção à saúde, principalmente na APS, tanto em sua dimensão individual como coletiva. Operacionalizam-se mediante a realização de ações de educação e comunicação em saúde, incentivo a mudanças comportamentais, hábitos e estilos de vida de indivíduos, bem como a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população. Contudo, essas ações são ainda incipientes, demonstrando a necessidade de maior atuação nos territórios e entre as populações não doentes (CZERESNIA; FREITAS, 2009; MEDINA et al., 2014; MOLL et al., 2019).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são, portanto, conceitos ao mesmo tempo diferentes, mas complementares. Utilizam os conhecimentos científicos de diversas áreas para qualificar a saúde e prevenir agravos com base nos seus determinantes e condicionantes, em uma perspectiva de fortalecimento de capacidades individuais e coletivas, sem deixar de respeitar as individualidades (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A formação em saúde, orientada pelas DCN dos cursos da área da saúde é, portanto, arraigada no eixo da APS, trazendo elementos que consolidam o cuidado a ser voltado para a execução da promoção da saúde e a prevenção de doenças na perspectiva do SUS, qualificando a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população (BRASIL, 2017a; HADDAD, 2006).

Para além da formação em saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) também é importante ferramenta no que diz respeito ao preparo dos profissionais de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Ela tem como base a integração entre ensino e serviço, promovendo a transformação das práticas de trabalho no SUS (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, representa um marco para a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde no SUS (BRASIL, 2009a). Esta se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2018).

Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço. Isso pode se dar

por meio de propostas como o aprender a aprender, o trabalhar em equipe, e a construção de objetos de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2018).

As DCN, em seu princípio que diz respeito à integração ensino-serviço-gestão-comunidade, destacam a importância da integração das IES às redes de atenção à saúde, integrando também a formação aos processos de EPS dessa rede (BRASIL, 2017a).

Realizando uma análise de diversos estudos relacionados à formação em saúde nessas perspectivas apresentadas, encontram-se fortalezas, dificuldades e desafios relacionados à efetivação do cuidado no âmbito do SUS para a promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme abordado a seguir.

Diversos cursos de graduação na área da saúde buscam elaborar currículos e metodologias nas quais os egressos/profissionais possam ter acesso a uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, como preconizam as diretrizes curriculares, mas em contrapartida ainda há escassez na aproximação de alunos com a comunidade, e as práticas distantes da realidade (FURLANETTO et al., 2014; RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

Em uma revisão integrativa que analisou 30 estudos na literatura de 2001 a 2012 sobre a formação de recursos humanos na graduação voltada para o SUS, foi evidenciado a relação entre os currículos rígidos e a dificuldade no processo educativo. Ainda demonstra desafios quanto às questões relacionadas ao próprio modelo de saúde biomédico, e também à falta de compromisso de todos os sujeitos envolvidos nesse processo (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

O fato da formação em saúde estar ancorada no modelo biomédico de ensino torna-se um obstáculo para a conformação de novas práticas, demonstrado pela existência de uma formação fragmentada em especialidades. Esta não se pauta no enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde e tem pouca ênfase no SUS e na APS, o que distancia o cuidado voltado à promoção e prevenção. Há, nos processos de formação, insuficiente vivência prática em saúde na comunidade, indicando a priorização da técnica e do trabalho individual, focado na doença. Em alguns casos, as disciplinas que se referem à dimensão social estão desintegradas/dispersas ao longo do currículo (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

A formação de profissionais de saúde voltada a uma perspectiva de promoção da saúde e para o SUS, conforme Bezerra e Sorpreso (2016), requer a inserção precoce do acadêmico nos serviços de saúde, para que possa construir uma visão crítica e reflexiva da

saúde e aplique os conhecimentos teóricos e desenvolva habilidades não somente técnicas, mas também políticas e relacionais.

Um estudo que caracterizou a aprendizagem de estudantes de enfermagem e medicina a partir da análise documental de 21 portfólios em uma instituição localizada no Centro Oeste Paulista, demonstrou que a inserção deles em cenários práticos na APS possibilita-lhes apreender os princípios e as diretrizes do SUS e a compreensão dos fatores preponderantes no processo saúde-doença de forma ampliada. Essa inserção ainda possibilita os cuidados centrados nas necessidades de saúde da família e comunidade e o desenvolvimento para o trabalho em equipe interdisciplinar (NALOM et al., 2019).

Em contrapartida, pesquisa realizada por Veloso (2016), que investigou como 48 discentes do último ano dos cursos de bacharelado em enfermagem, medicina e odontologia de uma universidade em Ribeirão Preto-SP, compreendem sua formação para trabalharem no âmbito da APS, verificou que apesar de os estudantes reconhecerem a articulação de saberes diversificados para atuação, e terem contato desde as séries iniciais com a APS, ainda há um predomínio das vivências no contexto hospitalar, o que dificulta a aprendizagem para a APS.

Na medicina, estudo que apresentou o panorama da formação médica no Brasil e sua aproximação com as DCN e o SUS foi demonstrado que, apesar de seguir as DCN, a mesma ainda parece enfatizar o ambiente hospitalar como local principal para a aprendizagem prática do estudante, ainda mantendo características como a fragmentação do saber em especialidades, a desarticulação entre a teoria e a prática e a ênfase no componente biológico do processo de adoecer (VIEIRA et al., 2018).

Esses achados também foram observados por Cruz et al. (2017), que em revisão sistemática de 12 estudos que abordou a formação e a percepção do profissional médico tendo como referência o seu preparo para atuação, frente ao conhecimento adquirido durante a sua graduação com relação a disciplina de Saúde Pública, evidenciou a dificuldade em ações que visem a integralidade da assistência médica. Também destaca o distanciamento da formação e da atuação profissional das reais necessidades dos sujeitos e coletividades, e também dos determinantes de sua saúde.

Já os currículos da psicologia privilegiam a avaliação psicológica e as psicopatologias, ao invés da concepção de cuidado integral e promoção das condições de vida dos sujeitos. Isso demonstra que, a formação para o SUS é deficitária nessa área, e requer adequações, tendo em vista que ainda se encontram distantes da busca da promoção da saúde e da prevenção de doenças durante a formação (GUARESCHI et al., 2009; SILVA et al., 2017).

A influência do modelo biomédico nos currículos da psicologia representa a base da formação e da prática nessa área. Ou seja, são priorizadas as pesquisas epidemiológicas em detrimento dos aspectos históricos e culturais sobre saúde, o que também implica em fragmentação disciplinar (GUARESCHI et al., 2009).

Na enfermagem, estudos que analisam as competências dos enfermeiros para a inserção profissional demonstram que os egressos possuem essas competências conforme o que preconiza as DCN e a formação para o SUS, possibilitando o desenvolvimento de competências relacionadas à promoção, prevenção, proteção e reabilitação nos diversos níveis de atenção, sob a perspectiva da integralidade. Porém, ainda identificam o preparo limitado e dificuldades para tomada de decisão, bem como uma oferta de formação distante das necessidades nacionais e estrutura curricular ainda centrada em disciplinas fragmentadas (BARBOSA et al., 2019; MAGNAGO; PIERANTONI, 2019; PÜSCHEL et al., 2017).

Relacionado às práticas de extensão, o relato de uma vivência extensionista no SUS, na região do recôncavo da Bahia, com nove estudantes de enfermagem, nutrição e psicologia durante sua formação, mostrou que é de fundamental importância a ampliação do percurso e do processo formativo dos graduandos. A vivência aproximou-os da realidade de trabalho em equipe no SUS, das pessoas e dos profissionais atuantes, e possibilitou uma maior associação entre a teoria e a prática, a ampliação de visão crítica, bem como a troca de experiências com todos os atores envolvidos (BISCARDE; SANTOS; SILVA, 2014).

Quanto aos desafios referentes à formação em saúde voltada para o SUS, a APS e o contexto de promoção da saúde e prevenção de doenças, destaca-se alguns pressupostos necessários a um cuidado mais direcionado, que pode se dar por meio da inserção dos alunos na comunidade, o vínculo e o cuidado centrado na pessoa e suas individualidades, na família e na comunidade (VIEIRA et al., 2018).

A interprofissionalidade também tem surgido como um desafio, buscando superar a fragmentação estruturante das instituições formadoras e dos currículos acadêmicos, uma vez que a lógica uniprofissional não tem sido capaz de formar profissionais aptos a atuarem diante dos novos problemas da sociedade, considerando a natureza heterogênea do fenômeno e necessidades de saúde. No Brasil, a educação interprofissional se alinha aos princípios do SUS e ao seu processo de construção político e social, possuindo, portanto, um caminho promissor (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

Outros desafios trazidos em relação à formação em saúde é promover a inter e a transdisciplinaridade do trabalho coletivo em saúde, ressaltando o caráter multiprofissional da

atenção básica, bem como a efetiva integração ensino-serviço, mas também na atuação intersetorial, no controle social e na associação entre estudo e trabalho (ALMEIDA; FERRAZ, 2008; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

A formação orientada para a integralidade também é considerada requisito fundamental na formação de recursos humanos para o SUS. Ela é importante princípio orientador das práticas de saúde, renovando os modelos de formação em saúde e sendo princípio fundamental nos currículos da área da saúde (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014).

2.2 CONCEITO DE SAÚDE

2.2.1 Histórico, conceitos e determinantes da saúde

Dependendo do contexto histórico e/ ou visão de mundo, o conceito de saúde foi sendo discutido acompanhando a cultura e as mudanças políticas, sociais e econômicas, que o influenciavam direta ou indiretamente. Mas para a maioria das pessoas, a noção de saúde sempre esteve ligada à ausência de doenças (BEZERRA; SORPRESO, 2016; SCLIAR, 2007).

Ainda na Antiguidade, acreditava-se que as doenças poderiam ser causadas por elementos naturais ou sobrenaturais; as doenças eram compreendidas por meio da filosofia religiosa. As causas eram relacionadas ao ambiente físico, aos astros, ao clima, aos insetos e aos animais (HELMAN, 2003).

Na Idade Média, tendo um crescimento das epidemias, retoma-se a ideia de contágio entre os homens, atribuindo as causas aos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou até bruxarias. No Renascimento, estudos empíricos originam a formação das ciências básicas e surge a necessidade da descoberta da origem dos contágios (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Do fim do século XVIII ao início do século XX, as práticas de saúde eram regidas pela medicina social, com a prática médica individual. No século XIX, o surgimento da bacteriologia, patologia celular, fisiologia e desenvolvimento de pesquisas, a ciência empírica dá lugar a ciência experimental, e a medicina moderna direciona sua atenção para os corpos, os órgãos e as doenças. Deste modo, a concepção de saúde que orienta a biomedicina originou-se na ciência moderna (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Assim, a saúde é amplamente entendida, no senso comum como ausência de doenças, sendo reafirmada pelas ciências médicas durante muito tempo. A evolução da ciência

moderna possibilitou a estruturação de conhecimentos cada vez mais específicos na saúde, por meio de experimentações e segmentação do corpo humano, gerando uma fragmentação do saber em diversas disciplinas (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

Os fenômenos são explicados pela nova racionalidade a partir do estudo, baseado na observação e na experiência. A saúde passa a ser entendida como seu oposto lógico: a inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia (BATISTELA, 2007). Isso deu ênfase nos aspectos biológicos do adoecimento, focalizando os conhecimentos nos aspectos das doenças e suas terapêuticas, o que acaba por deixar o conceito de saúde em segundo plano, entendido até então como o oposto à doença, ou implícito à “não-doença”, deixando assim as práticas restritas ao plano individual e práticas curativas (BATISTELA, 2007; RIOS, SOUSA, CAPUTO, 2019).

O filósofo americano Christopher Boorse, com base em uma epistemologia naturalista, elabora um conceito negativo da saúde, percebendo-a também como ausência de doença, definindo-a como o desempenho natural de cada função do organismo. Com base em uma concepção do normal definido estatística e funcionalmente, Boorse exclui outras dimensões que podem estar relacionadas à saúde, como econômica, social, cultural, psicológica, reafirmando que somente a biologia e patologia fornecem dados objetivos para essa definição (BATISTELA, 2007).

Autores ligados à antropologia tentam avançar em relação ao modelo biomédico, trazendo o conceito de enfermidade como percepção individual e experiência de doença, significando-a. A compreensão de saúde como ausência de doença ainda é presente para algumas pessoas, mas nem sempre a ausência de sinais e sintomas indicam a condição saudável, além do que muitos se consideram normais, mesmo sendo portador de qualquer doença (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BATISTELA, 2007).

Na contemporaneidade, existem muitas críticas em relação à concepção negativa de saúde. A antropologia médica contemporânea, a psicanálise e a epistemologia médica trazem a ideia de que a saúde e a doença são incomensuráveis, e trazem outros componentes não-físicos, não-químicos e não-biológicos, ampliando a perspectiva de saúde com possibilidade de doença (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BATISTELA, 2007).

Canguilhem (2012) pontua muito bem quando critica as tentativas de definir objetivamente a saúde, por meio de normas e regras estatísticas ou biológicas. Quando afirma na capacidade do indivíduo de instituir novas normas, traz à tona a concepção individual de saúde/doença.

O enfoque ecossistêmico surge na década de 70 para fazer frente ao conceito negativo de saúde, buscando trazer a perspectiva ambiental e de qualidade de vida, trazendo o entendimento da relação entre saúde e ambiente e a relação entre o uso desmedido dos recursos naturais e de seus impactos ambientais e sociais, colocando a saúde nas situações de risco tradicionais – contaminação de água, e alimentos, falta de saneamento, exposição a vetores, condições de moradia – e modernas – cultivo intensivo de alimentos e monoculturas, poluição do ar, mudanças climáticas globais, manejo inadequado de fontes energéticas –, e compreendendo a saúde e a doença como um processo coletivo (BATISTELA, 2007; MINAYO, 2002).

A unicausalidade ainda persistiu até o contexto da nova ordem após a II Guerra Mundial, momento marcado pelo surgimento de órgãos de política supranacional, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela transição epidemiológica, com o nascimento de uma perspectiva de atuação da saúde coletiva (SIMÕES, 2017).

Como resultado dos avanços das condições sanitárias trazidas pela era bacteriológica, a principal causa de adoecimento e morte da população passou a ser, não mais as doenças infectocontagiosas, que agora poderiam ser evitadas e combatidas, e sim as doenças crônico-degenerativas. A incapacidade de explicar estas doenças de gênese multifatorial promoveu o enfraquecimento no modelo unicausal, dando espaço a uma nova forma de se pensar saúde e doença (BATISTELLA, 2007; SIMÕES, 2017).

Em 1948, com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde foi enunciada como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades (NUTBEAM; MUSCAT, 2021; OMS, 1946), em uma perspectiva de superar a visão negativa de saúde, propagada pelo modelo biomédico (BATISTELA, 2007).

Esse conceito foi amplamente criticado pela sua amplitude, e considerado como utópico e inalcançável, difícil de ser aplicado, além da possibilidade de usá-lo para justificar práticas arbitrárias e abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob pretexto de promover a saúde (BATISTELA, 2007; SCLIAR, 2007).

Em decorrência de grandes críticas em torno deste conceito, em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata e promovida pela OMS, propõe um conceito ampliado de saúde, enfatizando as desigualdades de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a responsabilidade do governo na provisão de

saúde, e a participação individual e coletiva no planejamento e execução dos cuidados de saúde (OMS, 1978; NUTBEAM; MUSCAT, 2021).

Nesse sentido, o conceito de saúde foi se transformando ao longo dos anos, e isso se deve as mudanças políticas, sociais, econômicas e culturais, que vêm se intensificando nos últimos séculos e que repercutem de forma significativa no processo saúde/doença (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Esse conceito, de caráter também positivo, porém agora ampliado, tem o foco na promoção, proteção e recuperação do indivíduo e estabelece a saúde como um dos elementos do conjunto que promove a qualidade de vida humana (FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, foi elaborado o 'conceito ampliado de saúde'. Isso ocorreu durante o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e foi fruto de intensa mobilização, que se estabeleceu em diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde (BATISTELA, 2007).

Assim, o conceito ampliado de saúde definiu-se:

a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, P. 4).

O conceito ampliado de saúde foi firmado na Constituição Federal de 1988, na qual em seu artigo 196 afirma que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988. p. 37).

E no artigo 198, através do SUS, enfatiza seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 1988).

Este conceito ampliado contrapõe-se ao modelo biomédico, resgatando a importância de outras dimensões como a política, econômica, social, na produção de saúde e doença dos sujeitos e das coletividades, e seus múltiplos processos de relações. A saúde passa a ser entendida como uma construção dinâmica (SIMÕES, 2017).

Além disso, reflete o ambiente político de redemocratização do país e, principalmente, a força do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais. Outro mérito do conceito ampliado foi a incorporação dos determinantes sociais de saúde e doença, que na concepção individual são negligenciados (BATISTELA, 2007). Este conceito é o adotado no presente estudo.

A partir dos anos 90, o crescente consenso em relação ao papel dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) no fenômeno do adoecimento humano tem motivado diversos países a reformularem seus objetivos estratégicos na área da saúde. Os DSS, segundo a OMS, são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e são moldadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos nos níveis global, nacional e local (MAGNAN, 2017). Habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e de educação, e a trama de redes sociais e comunitárias são exemplos de determinantes sociais. Os estilos de vida individuais, como hábito de fumar, praticar exercícios e adotar dieta saudável, estão, em parte, também condicionados por DSS como renda, padrões culturais e mensagens publicitárias, dentre outros (CSDH, 2008; CNDSS, 2008).

As metas de redução das taxas de morbidade e mortalidade passam a ser monitoradas na busca da saúde da população, e as preocupações com as iniquidades em saúde levam à organização, no interior da OMS, de uma Divisão para tratar dessa temática (*WHO Equity Initiative*) (BATISTELA, 2007). Assim, em março de 2005, foi criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health - CSDH*), com o objetivo de promover, na esfera internacional, a conscientização sobre a importância desses na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Esta reuniu as evidências sobre o que pode ser feito para promover a equidade em saúde e justiça social, fomentando um movimento global para alcançá-la (CSDH, 2008).

Um ano depois, em março de 2006, foi criada no Brasil, por meio de Decreto Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Destaca-se que o país foi o primeiro a criar sua própria comissão, mostrando uma tradição do sanitarismo brasileiro. Esta é composta por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. Sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira (CNDSS, 2008).

Os objetivos da CNDSS estabelecidos no Decreto presidencial, são:

gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil, contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde e mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema (CNDSS, 2008, P. 10).

A partir disso, a CNDSS desenvolveu uma série de atividades que contribuíram para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde. A

CNDSS se apóia em três compromissos: com a equidade, com a evidência e com a ação (CNDSS, 2008).

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes modelos, a CNDSS resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 1), que serve de base para orientar suas atividades, e foi escolhido por ser simples e de fácil compreensão para diversos públicos, bem como pela clara visualização gráfica dos DSS (CNDSS, 2008).

Figura 1 –Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: CNDSS, 2008.

Este modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes. Os sujeitos apresentam-se na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos (CNDSS, 2008; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Na camada imediatamente externa, apresenta-se o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não só do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, dentre outros (CNDSS, 2008; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, expressando o nível de coesão social, importante para a saúde da sociedade. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços (CNDSS, 2008; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Por fim, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que influenciam grandemente as demais camadas. Estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização (CNDSS, 2008; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Uma das principais publicações da CNDSS foi o relatório “as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, criado com o objetivo de traçar um panorama geral da situação de saúde do país, com ênfase em dados, informações e conhecimentos sobre as iniquidades em saúde geradas pelos determinantes sociais, propondo políticas, programas e intervenções relacionadas aos DSS a partir da avaliação das políticas e intervenções atualmente em curso e das experiências registradas na literatura nacional e internacional, bem como da descrição das atividades desenvolvidas pela Comissão para cumprir com seus objetivos (CNDSS, 2008).

Este relatório é um importante documento que se torna referência obrigatória para pesquisadores, profissionais da área social, gestores das diversas esferas da administração pública e para todos aqueles interessados em contribuir para a promoção da saúde e da equidade por meio da atuação sobre os determinantes sociais (CNDSS, 2008).

Ele apresenta a situação de saúde do país e de grupos populacionais, suas relações e iniquidades, a partir de dados disponíveis em sistemas de informação de abrangência nacional e literatura científica nacional e internacional dos últimos cinco anos. Essa análise

compreende os itens: situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país; a estratificação socioeconômica e a saúde; condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde; e saúde materno-infantil e saúde indígena. Por fim, apresenta recomendações de políticas e programas a respeito de intervenções sobre os DSS em seus diversos níveis, para a superação dos problemas identificados (CNDSS, 2008).

Existe ainda, desde 2012, um portal sobre DSS, que tem como objetivo constituir-se num espaço aberto de informação, referência, comunicação e diálogo entre os diversos atores de governo e da sociedade civil encarregados de definir e implementar políticas e programas de combate às iniquidades em saúde por meio da ação sobre os DSS. Suas principais referências são o relatório da Comissão sobre DSS da OMS, o relatório da Comissão Nacional sobre DSS e as conclusões e recomendações da Conferência Mundial sobre DSS (OIS, 2012).

Entre as fontes de informação do Portal se destaca o Observatório sobre Iniquidades em Saúde dedicado a monitorar suas tendências, apoiar estudos sobre as mesmas e avaliar o impacto de intervenções para combatê-las. O Portal também inclui resumos e análises de pesquisas e notícias recentes de interesse para os DSS, entrevistas com atores relevantes do governo e sociedade civil no campo dos DSS, coleção de experiências de ações sobre os DSS, opiniões de especialistas, entre outras fontes (OIS, 2012).

O Portal é uma importante ferramenta para o conhecimento e informação sobre os DSS no país e suas regiões, e é mantido por uma rede de colaboradores promovida e coordenada pelo Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Tem como público-alvo preferencial os gestores dos sistemas e serviços de saúde; gestores dos demais sistemas e serviços de proteção social; acadêmicos; profissionais do terceiro setor que atuam na saúde e demais políticas de proteção social e população em geral (OIS, 2012).

2.2.2 O conceito de saúde e a formação em saúde

O conceito de saúde é um constructo que reflete a conjuntura política, econômica, social e cultural de uma época e de um lugar. A sua compreensão, definição e sua apreensão, ou seja, as concepções sobre o que é saúde, influenciam diretamente nas práticas em saúde, podendo tornar-se um dos eixos para a sua reorientação, e para a superação do modelo biomédico (BATISTELA, 2007; BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Ao considerar a existência desse elo entre conceito e prática, a discussão dos conceitos de saúde perpassa o campo teórico e evidencia as relações inerentes a esse processo, sejam elas individuais, comunitárias ou institucionais (BATISTELLA, 2007; SIMÕES, 2017).

O estudo e o estabelecimento de relações entre a saúde em seu conceito ampliado e seus determinantes tornam-se, assim, fundamentos para construção de novas práticas, voltadas para os princípios do SUS, bem como o direcionamento para a promoção da saúde e prevenção de doenças, dando um maior foco para as intervenções necessárias (SIMÕES, 2017). Na formação em saúde, as DCN orientam em direção ao conceito ampliado de saúde, destacando a importância de sua apreensão (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, não é possível concretizar uma visão ampla da saúde nos moldes de um conhecimento disciplinar e uniprofissional. Assim, tem-se como fundamental prioridade a superação da fragmentação da formação nas instituições de saúde e dos currículos acadêmicos, para formar novos profissionais aptos a atuarem frente às novas demandas e problemas da sociedade considerando a natureza heterogênea das necessidades de saúde (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019).

Na literatura, existem diversos estudos que trazem as diferentes compreensões sobre os conceitos de saúde no processo de formação acadêmica em saúde, bem como as suas repercussões para a inserção e a atuação profissional. Um deles, que verificou a apreensão e compreensão do conceito de necessidades de saúde com 33 estudantes de medicina e enfermagem de uma faculdade em Marília-SP, deixou claro que essas são dependentes da articulação teórico-prática e dos cenários de ensino-aprendizagem. Também foi evidenciado que é necessário ter como elementos essenciais o vínculo (com usuários, cenários e equipe profissional) e a integralidade do cuidado (NONATO et al., 2020), o que é bem expresso pelas diretrizes do SUS e as DCN (BRASIL, 1990; 2017a).

Zamproga et al. (2020) objetivou compreender como 25 discentes nos dois últimos anos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia de uma Instituição de Ensino Superior do Sul do Brasil percebem a construção do conceito de saúde durante a sua formação profissional, demonstrando que a saúde é vista como um objeto complexo e subjetivo, e que a conceituação desse constructo carece de maiores discussões. É destacado também que a maior apreensão desse conceito se dá por meio do currículo informal (extensão universitária) principalmente em formação prática de inserção no SUS, tendo como produto o desenvolvimento crítico-reflexivo dos estudantes e uma maior aproximação da realidade dos usuários e seus determinantes, o que modifica o olhar e o cuidado prestado a essas pessoas.

Na área da psicologia, a definição do conceito de saúde na visão de 35 concluintes de um curso de graduação, mostrou que metade dos estudantes de psicologia não tem uma visão de saúde que englobe as várias dimensões do ser humano, tais como seu meio social, sua cultura, sua história de vida e sua subjetividade, justificando a necessidade de formação mais adequada com ênfase no conceito ampliado de saúde, em detrimento aos ensinamentos meramente técnicos (GRADVOHL; SANTOS, 2018).

Já, numa avaliação realizada com 81 profissionais de educação física egressos de uma universidade comunitária em Itajaí-SC sobre o conhecimento do conceito ampliado de saúde em sua formação, foi observado que 74% desses profissionais demonstraram conhecimento sobre o conceito ampliado de saúde (GRILLO; IBARRA; MEZADRI, 2019).

Em contrapartida, Sanders (2019) objetivou analisar o conceito de saúde na perspectiva de 54 discentes de um curso presencial de educação física em uma universidade em Fortaleza-CE, demonstrando que o conceito ainda permanece ligado à lógica biologicista, e ao conceito proposto pela OMS, levando em conta o individual e deixando de lado um conhecimento crítico e reflexivo sobre esta temática, evidenciando fragilidades do processo de ensino-aprendizagem na concepção do conceito de saúde.

A percepção a respeito do conceito de saúde de 31 estudantes de um curso de administração de sistemas e serviços de saúde em uma Universidade em Porto Alegre-RS, mostrou que a concepção de saúde e o conhecimento sobre o SUS foi mudando ao longo da realização do curso e das vivências práticas em estágios e atividades da formação, o que possibilitou o aprofundamento na construção desses saberes (MASAGÃO; BOTTEGA, 2017).

Segundo Zamproga et al. (2020), tão relevante quanto o ato de conceituar o que a palavra 'saúde' significa, é necessário compreender o que ela representa nos espaços destinados ao seu fomento. Assim, entender que tipo de profissional se está formando é um dos passos importantes para realmente transformar o SUS, sendo necessário, para isso, compreender a forma e a relevância com que a saúde é introduzida nesse sistema.

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

2.3.1 Histórico, conceitos e abordagens de educação em saúde

Preocupações com as questões da higiene urbana nos países ocidentais no século XVIII levaram à ênfase da relação entre saúde e educação. Esta foi sendo discutida e

difundida por médicos higienistas da época, onde havia a necessidade de circulação do ar e dos bons odores para a manutenção da saúde nas cidades, principalmente as de grande densidade demográfica (BERTUCCI, 2018).

Nas décadas seguintes, surgiam propostas para a educação da população, a partir da publicação de manuais e dicionários em medicina doméstica na Europa, pretendendo instruir os leigos em conhecimentos básicos sobre o funcionamento do corpo humano, e cuidados de manutenção com a saúde. No Brasil esses dicionários também foram difundidos até o século XIX (BERTUCCI, 2018).

O saber da medicina também circulou pela sociedade brasileira nesse período, principalmente em jornais de grande circulação, os quais publicavam artigos e matérias sobre moléstias, questões de saúde e denúncias de curandeiros e charlatões. As questões relacionadas à saúde ganharam espaço, advindas de preocupações do Estado quanto às doenças infectocontagiosas e epidemias que assolavam cidades brasileiras, como a varíola, febre amarela, peste, tuberculose, entre outras (BERTUCCI, 2018; REIS et al., 2013).

Transformações causadas pela bacteriologia e medicina experimental aceleraram esse processo no final do século XIX, destacando a importância de normas de saneamento e de prevenção de doenças, da higiene dos lugares e das pessoas como prática fundamental para evitar a proliferação de microrganismos causadores de doenças (BERTUCCI, 2018; REIS et al., 2013; SILVA et al., 2010).

No século XX, a urbanização crescente das cidades leva a uma modificação e agravamento nos problemas de saúde da população com o incremento de doenças crônicas, havendo maior necessidade de intervenção do Estado. Emerge assim a “educação sanitária”, juntamente com a imposição de recursos, como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos sujeitos a fim de evitar a disseminação de doenças (REIS et al., 2013; SILVA et al., 2010).

Nessa época, o sentido da educação em saúde era de obedecer de regras do Estado. Nessa concepção de educação, o pensar e a ação eram controlados, a informação era verticalizada e a comunicação desprivilegiada, demonstrando um modelo de educação tradicional. As práticas educativas abordavam a doença e a intervenção curativa, sendo fundamentadas no referencial biologicista do processo saúde-doença (REIS et al., 2013).

A partir de 1940, começa a surgir a importância do envolvimento do sujeito no processo educativo. A partir da criação da Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública), a ideologia de desenvolvimento da comunidade, participação comunitária e

educação de grupos ganha força, também apoiada no advento da Medicina Comunitária nos anos 60. Porém as práticas de educação ainda permanecem focadas na doença e no curativismo (REIS et al., 2013; SILVA et al., 2010).

Nos anos 70 e 80, as ideias e concepções do educador Paulo Freire e os movimentos de Educação Popular influenciaram a educação em saúde no país, reforçando a participação comunitária, bem como a importância do diálogo nesse processo. Nessa mesma época, essas premissas foram em consonância com os princípios do SUS, que estava sendo instituído. Assim, as práticas educativas no campo da saúde ganharam novos rumos, incorporando o paradigma das ações participativas e da interação dos saberes científico e popular (REIS, 2006; SILVA et al., 2010).

Surgem então os princípios da educação problematizadora, que se afirma em uma perspectiva dialógica. Nesse modelo, o educando tem a construção do conhecimento de forma criativa e crítica, em que aprender é uma atividade do educando com o auxílio e diálogo do educador. É um processo que leva em conta o saber anterior dos sujeitos, suas experiências e vivências, o que propõe a reflexão e a adoção de novos comportamentos frente aos problemas de saúde (FREIRE, 2011; REIS et al., 2013).

Apesar dos avanços nos movimentos de educação popular e das discussões sobre mudanças nas práticas profissionais voltadas ao diálogo, grande parte das atividades educativas ainda permanecem pautadas na transmissão de conhecimentos, normas e regras de comportamentos e hábitos de vida, sem a preocupação do vínculo nesse processo (FALKENBERG, 2014; REIS et al., 2013; SILVA et al., 2010).

É perceptível que a educação em saúde passou por longos processos e modificações até chegar aos conceitos que a norteia (MARTINS, SOUZA, 2017). Do ponto de vista teórico e conceitual, a educação em saúde é uma temática complexa, e isso é relacionado às dimensões que a compõem: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além dos aspectos práticos e teóricos do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade. Assim, tradicionalmente, a educação em saúde é compreendida como a transmissão de informações em saúde, cujas críticas têm evidenciado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo (SALCI et al., 2013).

Já em uma perspectiva crítica e participativa, a educação em saúde é definida pelo Ministério da Saúde como:

processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...] que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de

alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2013, p. 19-20).

Nesse sentido, e levando em conta o percurso histórico que a permeia, é possível identificar duas diferentes abordagens da educação em saúde: a “tradicional” e a “dialógica” (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA-ARIOLI, 2013; SILVA et al., 2010). A segunda é a abordagem adotada no presente estudo.

A abordagem **tradicional** é fundamentada no modelo biomédico, centrada na doença, e de intervenção curativista. Essa abordagem tem o estilo de pensamento da educação sanitária. Uma de suas principais características é a percepção de que as condições de saúde dependem basicamente do sujeito, que é induzido a modificar seu comportamento a fim de evitar doenças. Nessa concepção, o profissional de saúde é visto como o detentor do conhecimento, e as informações são transmitidas verticalmente em busca da padronização de comportamentos e hábitos para a manutenção da saúde (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA-ARIOLI, 2013; SILVA et al., 2010).

Nesta abordagem, os sujeitos são considerados desprovidos de conhecimento e carentes de informação, e suas experiências e vivências não são levadas em conta. O Estado é o mediador do processo, guiando o processo de educação da população, e a responsabilizando unicamente pelas condições de saúde. Assim, é um modelo que culpabiliza os sujeitos, isentando o Estado de seu compromisso com as condições de saúde da população, escondendo o mau funcionamento dos serviços públicos e o descompromisso dos governos (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA-ARIOLI, 2013; SILVA et al., 2010).

Já, a abordagem **dialógica**, em oposição à tradicional, trabalha com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde e seu contexto sócio-histórico. O objetivo da educação dialógica não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. Busca uma compreensão da situação de saúde, dentro de um contexto global, incluindo os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, levando em conta as experiências e vivências no processo saúde-doença do sujeito e da população, e a promoção da autonomia das pessoas no cuidado à sua saúde. (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA et al., 2010).

Essa abordagem busca ainda formas coletivas de aprendizado, visando a participação popular e possibilitando a criticidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. Quanto à relação entre os profissionais de saúde e os sujeitos ou populações, esta ocorre de maneira horizontal, com um diálogo educativo não-condutivista, buscando o fortalecimento comunitário, e as relações sociais mais justas (ALVES, 2005; SALCI et al., 2013; SILVA et al., 2010).

A educação em saúde dialógica pode ser considerada como um recurso que contribui para o crescimento do conhecimento científico no campo da saúde, pois o auxílio dos profissionais de saúde e a compreensão necessária dos sujeitos em relação à defesa da vida e de condições de saúde dos indivíduos e da sociedade é uma prioridade fundamental (ALVES, 2005; REIS et al., 2013). Nesse sentido, ela busca a integração dos saberes científico e popular, propiciando para o sujeito para uma maior participação responsável e autônoma frente à sua saúde. É um espaço onde o sujeito e a população podem refletir criticamente, onde há a troca de saberes da vida e a valorização das formas de aprender. Nesse espaço o diálogo é o instrumento essencial, que mobiliza forças e motivação para mudanças entre as pessoas (REIS, 2006; SANTOS, 2006).

A articulação dos saberes entre profissionais de saúde e sujeitos ou comunidades gera um processo de vínculo e compromisso mútuo, a partir do qual os saberes são valorizados. Isso possibilita o fortalecimento da confiança entre si e com a comunidade usuária dos serviços. Por isto, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças mais duradouras nos hábitos e comportamentos de saúde dos cidadãos (ALVES, 2005).

A abordagem dialógica converge com o movimento da Reforma Sanitária, a partir da reorientação do modelo assistencial de saúde no país, e da revisão de práticas de educação em saúde, modificando as ações do Estado que colocam os sujeitos como passivos e promovendo sua inserção no cuidado com sua saúde, tornando-os ativos nas transformações que desejam para sua vida. Assim, com a implantação do SUS, as políticas públicas caminham no sentido de estabelecer um diálogo com a sociedade (SILVA-ARIOLI et al., 2013).

O SUS traz, então, um novo modelo de atenção à saúde no país, o qual é regulamentado por leis que definem seus objetivos, e dentre eles a assistência integral as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, ações preventivas, e de participação da comunidade. Estas são permeadas pela educação em saúde, que na sua perspectiva dialógica converge para os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990).

A educação em saúde pode ser considerada uma das principais ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de despertar a cidadania, responsabilidade pessoal e social, bem como formar multiplicadores. Ela deve estar presente em todos os setores da atenção à saúde, desde a APS, centros de referência até a atenção hospitalar, produzindo impacto no cotidiano das pessoas e sendo uma intervenção de baixo custo (FEIJÃO; GALVÃO, 2007; FIGUEIREDO JÚNIOR et al., 2020).

Na APS, que é o nível fundamental do sistema de atenção à saúde no Brasil, a educação em saúde faz parte das atribuições comuns a todos os profissionais que compõem as equipes de saúde (BRASIL, 2017b). Com a perspectiva dialógica, emancipadora e participativa, a educação em saúde busca a integralidade do cuidado na relação de parceria e responsabilidade entre os profissionais e os sujeitos, famílias ou comunidade, tendo em vista a identificação das demandas e necessidades emergentes (MARTINS; SOUZA, 2017).

A partir disso, caracteriza-se uma relação de aprendizagem a partir da qual não existe o profissional que ensina e a população que aprende. Há sim, uma produção mútua de conhecimento a partir do trabalho e da reflexão individual e coletiva, gerando a construção de um saber coletivo, apontando as possibilidades de intervenção e transformação da realidade (SANTOS, 2006).

A educação em saúde na APS deve partir da realidade territorial em que a população se encontra, para criar uma consciência crítica e dar respostas aos problemas de saúde de forma individual ou coletiva, partindo das particularidades de cada grupo. As ações de educação em saúde na APS, a partir da ampliação dos espaços de debate e reflexão, e do acesso ao conhecimento, podem contribuir para o desenvolvimento da autonomia, da emancipação e do compromisso dos cidadãos no cuidado com sua saúde (MARTINS; SOUZA, 2017).

Destarte, a educação em saúde se estabelece como uma das estratégias que visam potencializar ações de prevenção e promoção à saúde na APS. Ele visa estimular a autonomia, que pode fortalecer a tomada de decisões no processo saúde-doença dos sujeitos, para que busquem mudança de hábitos e uma melhor qualidade de vida (REIS, 2006; SANTILI; TONHOM; MARIN, 2017).

As práticas educativas em saúde têm como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas (MACHADO; WANDERLEY, 2012). Estas podem ser formais, desenvolvidas nos espaços convencionais dos serviços, com realização de palestras, grupos, sala de espera, distribuição e veiculação de materiais educativos, campanhas, e também informais, embutidas nas ações cotidianas, como consultas, exames, visitas domiciliares, atividades de grupo, entre outros (ALVES, 2005; NICOLAU et al., 2018; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

As técnicas utilizadas para a execução da educação em saúde podem ser: visuais ou gráficas, incluindo técnicas escritas, como cartazes, faixas, livretos, folders, álbuns seriados, dentre outros, e também desenhos e símbolos; audiovisuais ou auditivas, com utilização de

som e/ou imagem, podendo-se utilizar diversas mídias de áudio e/ou vídeo ou atuação; e vivenciais, com a realização de simulações realísticas com envolvimento dos participantes (FEIJÃO; GALVÃO, 2007).

Entre os métodos utilizados, destacam-se a realização de palestras, rodas de discussão, dinâmicas em grupo, oficinas, teatro, dramatização, jogos educativos, sala de espera, conversa, orientação, escuta e monitoramento telefônico (AHMADY; SHAHBAZI; KHAJEALI, 2021; FEIJÃO; GALVÃO, 2007; FEITOSA et al., 2019; NICOLAU et al., 2018; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017). Técnicas mais recentes, com o uso de ferramentas online têm se destacado como métodos para educação em saúde da população, como uso de mídias sociais, aplicativos, blogs, sites, fóruns, *chats* virtuais, e até mesmo *lives* (BERNARDES et al., 2020; ECTOR et al., 2022; NEVES et al., 2021; OLIVEIRA; ALENCAR, 2017; SCORUPSKI et al., 2020; WOOLLEY et al., 2019).

As práticas em educação em saúde podem ser desenvolvidas tanto de forma individual, como coletiva. Destaca-se a educação em grupo como um potencial para a troca de experiências e a construção e disseminação do conhecimento ser mais potentes. A educação em saúde deve partir ou despertar a vontade do próprio sujeito, e não ser uma prática impositiva, mas que faça sentido e seja importante para a própria pessoa (SANTOS, 2006).

Santili, Tonhom e Marin (2017) analisaram o desenvolvimento da educação em saúde por uma equipe de saúde da família em Marília-SP, verificando que as equipes reconhecem a importância das atividades de educação em saúde. Contudo, o conceito que possuem a respeito do tema torna essas ações limitadas e, quando têm uma compreensão melhor, apontam dificuldades para incluir a educação em saúde na prática cotidiana dos serviços. Entre elas, a cultura passiva e acrítica bem como a visão curativa e medicalizada dos sujeitos assistidos, e ainda, a alta demanda de atendimentos nas unidades, emergindo a necessidade de maior reflexão e educação permanente dos profissionais para lidar com essas questões.

A análise da percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a educação em saúde, revelou que esta ainda é tida como uma resposta imediatista aos problemas identificados. Além disso, muitas vezes é centrada na oferta de capacitações e palestras, vinculadas a uma educação bancária e pouco problematizadora, aproximando-se da abordagem tradicional, o que não favorece a participação comunitária e nem o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos (COSTA et al., 2016).

Em contrapartida, uma pesquisa bibliográfica que objetivou identificar e discutir as práticas de educação em saúde direcionadas aos portadores de diabetes apresentadas na

literatura Brasileira desde a criação do SUS com ênfase na APS, evidenciou que as práticas educativas eram realizadas buscando maior troca de conhecimentos e participação, valorizando o diálogo, a reflexão, a autonomia e a corresponsabilidade. O envolvimento da equipe multiprofissional mostrou-se como diferencial nessas práticas, levando em conta o contexto e vivências dos sujeitos, e favorecendo o vínculo. Os resultados apontaram, assim, uma aproximação da abordagem dialógica (SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

Uma revisão da literatura que analisou a produção científica de 22 teses e dissertações sobre educação em saúde em unidades de internação hospitalar, evidenciou que tanto os trabalhadores que identificaram ou desenvolveram a educação em saúde de forma tradicional, quanto os que utilizaram metodologia ativa/participativa ou conscientizadora, buscaram enfatizar a autonomia dos sujeitos. Os autores destacam que a tendência de transmissão de conhecimentos, da lógica tradicional, ainda é fortemente presente, demonstrando que o profissional ainda trabalha com o conceito de que o usuário não sabe ou não possui conhecimento necessário (RIGON; NEVES, 2011).

A análise de práticas educativas em saúde no SUS demonstrou que há tanto a utilização da abordagem e métodos tradicionais quanto a transmissão de informações e conhecimentos, e ainda o uso de metodologias dialógicas, problematizadoras e participativas (BARRETO et al., 2019; NICOLAU et al., 2018; SOUZA; FIGUEIREDO; MACHADO, 2017).

A manutenção das duas abordagens de educação em saúde demonstra a persistência de práticas hegemônicas na área da saúde, dificultando o aparecimento de práticas mais condizentes com a proposta do SUS. Essa persistência reflete a cultura enraizada no modelo biomédico de saúde e da medicalização, que ainda persiste na população e também na educação e na prática de profissionais de saúde (SILVA-ARIOLI et al., 2013).

Deste modo, os trabalhadores da área da saúde enfrentam inúmeras dificuldades para a realização de uma educação em saúde coerente com o modelo dialógico e os princípios do SUS. Entre elas, a formação acadêmica segmentada em disciplinas e especialidades, que é insuficiente para ter uma visão mais ampliada ao trabalhar com a comunidade. Também a falta de educação permanente que problematize as vivências dos profissionais, e a falta tempo e de espaço para dialogar (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Assim, a reorganização do modelo assistencial de saúde por meio do SUS ainda necessita romper barreiras em relação às características do cuidado em saúde prestado, que ainda se demonstra verticalizado. A adoção de uma prática transformadora pautada no diálogo

e na participação são aspectos que se tornam essenciais, principalmente no cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

2.3.2 Educação em saúde e a formação em saúde

Os profissionais de saúde são o principal elo entre os usuários e o sistema e serviços de saúde. A eles cabe a aproximação com a realidade dos sujeitos, a captação das necessidades prioritárias e o estabelecimento de intervenções pautadas no diálogo e vínculo com a comunidade, que pode se dar por meio da educação em saúde dialógica (BRASIL, 2017b; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Conforme visto no subcapítulo anterior, há inúmeras dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no que tange às práticas de educação em saúde em uma perspectiva dialógica. Entre elas, destaca-se a formação em saúde, que historicamente pauta-se no paradigma do modelo biomédico de saúde e na fragmentação do saber, com o profissional no centro do conhecimento e desconsiderando a autonomia dos sujeitos, resultando em experiências e conhecimentos voltados à educação em saúde tradicional, formando um profissional com perfil inadequado para as questões do SUS (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014; STHAL; LEAL, 2017).

Na perspectiva de mudança desses paradigmas, as DCN para a área da saúde trazem a importância da formação de egressos que executem ações de educação da população com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana e a cidadania, orientando-se pela determinação social do processo saúde-doença (BRASIL, 2017a).

Trazem ainda a orientação sobre a incorporação dos pressupostos e fundamentos da Educação Popular em Saúde, o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, com olhar emancipatório, e a humanização e a integralidade na atenção à saúde. Seu IX princípio aborda o fornecimento de competências relacionadas à educação e comunicação em saúde de acordo com esses pressupostos (BRASIL, 2017a).

As DCN destacam que as ações educativas devem ser compreendidas, para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, como um processo de formação de sujeitos críticos e reflexivos, de transformação da realidade e de criação de novas formas de gestão dos processos de trabalho. As diretrizes estão, assim, acordo com a abordagem dialógica para a educação em saúde. (BRASIL, 2017a).

Apesar disso, estudos indicam que a formação em saúde para a educação em saúde pauta-se prioritariamente na abordagem tradicional, com foco na instrumentalização através

do saber biomédico e na transmissão de informações, embora ainda foque, com menos frequência em uma abordagem mais ampliada que enfatiza os múltiplos determinantes da saúde (COLOMÉ, OLIVEIRA, 2012; SOARES et al., 2017).

Em relato de experiência que avaliou o processo de educação em saúde entre estudantes do quinto semestre dos cursos de graduação em enfermagem, fisioterapia e nutrição, foi verificado que eles reconhecem o processo de educação em saúde como transformador para a vida dos sujeitos, e que possuem um potencial para a mudança do modelo biomédico de atenção à saúde. Porém, acreditam ainda que o profissional de saúde detém o conhecimento necessário para tal, sem considerar questões culturais e sociais existentes, o que ratifica essa dualidade entre as abordagens na formação (FIGUEIRERO JÚNIOR et al., 2020).

Outro estudo que descreveu as concepções de educação em saúde de 23 discentes de graduação em enfermagem em uma instituição de ensino superior do nordeste brasileiro, mostrou que alguns graduandos concebem a educação em saúde como construção de conhecimento coletivo entre profissionais e sujeitos ou grupos, com diálogo e vínculo. Outra parcela se refere à transmissão de conteúdos e informações entre os sujeitos. Isso evidencia tanto a concepção dialógica, mas também a permanência da abordagem tradicional na fala e nas práticas de educação dos discentes (JESUS et al., 2019).

Um fator bastante relacionado à prática de educação em saúde em uma perspectiva dialógica, ampliada e pautada nos princípios do SUS é a inserção do estudante em cenários práticos e de extensão. Pesquisa realizada com 524 estudantes de medicina que investigou como estes se avaliam na área de competência educação em saúde, evidenciando que a autoavaliação positiva tem relação com a inserção dos estudantes em cenários de extensão principalmente na APS, como ligas acadêmicas, que propiciam maior contato social com as comunidades e atividades de promoção da saúde, o trabalho em equipe e a ampliação do senso crítico, fundamentais para uma prática de educação em saúde dialógica e pautada nos princípios do SUS (SANTOS et al., 2020).

Já uma revisão integrativa que realizou um levantamento na literatura nacional e internacional sobre as perspectivas da formação discente de enfermagem no contexto da educação em saúde, destaca a importância da integração entre ensino e serviço como estratégia fundamental para a educação em saúde. O estudo traz que isso pode ocorrer por meio de projetos extensionistas, como PET-Saúde, Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS), estágios supervisionados e extracurriculares e também através de aprendizados

em ambientes virtuais, para que no futuro profissional sejam capazes de tornar-se críticos e reflexivos para atenderem as demandas e necessidades da população (COUTO; SANTOS; YARID, 2018).

Em outro relato de experiência sobre um projeto de extensão universitária de graduandos da psicologia que realizaram oficinas de educação em saúde com adolescentes do ensino fundamental, foi percebido que a extensão universitária se constitui num importante espaço para reflexão a respeito da educação em saúde. As práticas são direcionadas a partir da realidade e demandas sociais, emergindo do controle social, sendo lugar para pensar e agir dos futuros profissionais da saúde na consolidação do SUS (COSTA et al., 2020).

A EPS também é considerada um importante instrumento no que diz respeito ao preparo dos profissionais para ações de educação em saúde mais efetivas no contexto do SUS. Ela permite uma reflexão crítica sobre a prática, levando à construção de um novo conhecimento e ao fortalecimento da relação entre os profissionais e grupos/usuários/comunidade, pela problematização da realidade vivenciada (BRASIL, 2009a; OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Assim, também é evidenciada pelas DCN para a área da saúde, que o sentido das ações de ensino e aprendizagem conjuntas entre estudantes, professores e trabalhadores da saúde possibilitam a resposta adequada às necessidades de saúde e o controle social efetivo. Viabilizam, portanto, a construção de uma aprendizagem simultânea no sentido de potencializar as ações de educação em saúde na perspectiva dialógica (BRASIL, 2017a).

2.4 LETRAMENTO EM SAÚDE

2.4.1 conceitos e fatores determinantes do Letramento em Saúde

O termo **letramento** é um vocábulo que surge da palavra inglesa *literacy*, que significa “condição de ser letrado”. Foi introduzido na língua portuguesa no Brasil por Mary Kato, em 1986. O termo advém do latim *littera* = letra; com o sufixo *cy* = qualidade, condição, estado, fato de ser. Letramento, portanto, resulta da ação de ensinar ou de aprender a ler e a escrever; o estado ou condição que alcança um grupo social ou um sujeito como consequência de ter-se apropriado da escrita e de suas práticas sociais (MARTINS, 2018; SOARES, 2010).

Sendo mais utilizado que o termo ‘letramento’, o termo ‘alfabetização’ é mais conhecido e utilizado. É considerada alfabetizada a pessoa com aprendizagem e desenvolvimento inicial das habilidades de leitura, escrita e habilidades matemáticas (UNESCO, 2017). As pessoas aprendem a ler e escrever, porém surge a questão que a população embora alfabetizada, não domina as habilidades de leitura e de escrita necessárias a uma participação nas práticas sociais e profissionais que envolvem a língua escrita. Nesse sentido, há uma extensão do conceito de alfabetização em direção ao conceito de letramento: do saber ler e escrever em direção ao ser capaz de fazer uso da leitura e da escrita (MARTINS, 2018; SOARES, 2004).

A diferença entre alfabetização e letramento consiste no fato de que a alfabetização diz respeito à aquisição de habilidades de leitura e escrita, enquanto o letramento vai além, quando engloba a apropriação, o uso e o desenvolvimento dessas habilidades durante a vida (UNESCO, 2017). O letramento, distintamente da alfabetização, é um processo pelo qual o sujeito passa a fazer uso efetivo da tecnologia da escrita, o qual implica sua competência de ler e de escrever para atingir diversos objetivos, como interação, ampliação de conhecimentos, informação, entre outros (SOUZA FILHO; MASSI; RIBAS, 2014).

Segundo Soares (2010), há duas dimensões fundamentais para o letramento: a individual e a social. A primeira diz respeito à aquisição da leitura e da escrita, já a segunda, diz respeito ao letramento reconhecido como um fenômeno cultural, um conjunto de atividades sociais que envolvem o uso da língua escrita e de exigências sociais provenientes desse uso.

O Programa para Avaliação Internacional das Competências de Adultos (Programme for the International Assessment of Adult Competencies – PIAAC) indica que adultos com baixos níveis de proficiência em leitura, escrita, cálculo e resolução de problemas em ambientes ricos em tecnologia enfrentam maior risco de desemprego, maior incidência de pobreza e exclusão social, além de riscos de saúde mais elevados e menor expectativa de vida (UNESCO, 2017).

No Brasil, desde 2001, é realizada uma pesquisa nacional, coordenada pelo Instituto Paulo Montenegro e pela Organização Não-Governamental (ONG) Ação Educativa, a qual tem como objetivo oferecer informações qualificadas sobre as habilidades e práticas de leitura, escrita e matemática dos brasileiros entre 15 e 64 anos de idade. Para tanto, utiliza o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF) (INAF, 2018).

O INAF classifica o alfabetismo em dois grupos: **Analfabetos Funcionais**, dentre os quais estão o analfabeto (sujeito não consegue realizar tarefas básicas de leitura e escrita) e rudimentar (consegue localizar informações básicas em textos curtos e familiares e realizar operações matemáticas simples); e os **Funcionalmente Alfabetizados**, dentre os quais incluem-se: o elementar (funcionalmente alfabetizadas, já leem e compreendem textos de média compreensão e realizam operações matemáticas mais complexas, mas ainda com limitações com operações que envolvem maior número de elementos, etapas ou relações); intermediário (localizam informações em diversos tipos de texto, resolvem problemas envolvendo porcentagem ou proporções; interpretam e elaboram sínteses de textos diversos e reconhecem figuras de linguagem; no entanto, têm dificuldades para perceber e opinar sobre o posicionamento do autor de um texto); e proficiente (não tem restrições para compreender e interpretar textos em situações usuais; leem textos de maior complexidade, analisando e relacionando suas partes, comparam e avaliam informações e distinguem fato de opinião; interpretam tabelas e gráficos com mais de duas variáveis, compreendendo elementos como escala, tendências e projeções) (INAF, 2018).

O INAF mostrou que em 2011/2012, 27% dos brasileiros eram analfabetos funcionais, um número bem menor comparado aos dados de 2001, que eram de 39%. Esses resultados evidenciam que o Brasil já avançou principalmente nos níveis iniciais do alfabetismo, mas não conseguiu progressos visíveis no alcance do pleno domínio de habilidades que são hoje condição imprescindível para a inserção plena na sociedade letrada (INAF, 2012).

Os resultados obtidos ao longo de mais de uma década mostram uma significativa redução do número de Analfabetos, caindo de 12%, em 2001-2002 para 4% em 2015. Em contrapartida, verificou-se um lento crescimento e uma estagnação a partir de 2009 do crescimento da população que poderia ser considerada Funcionalmente Alfabetizada. No estudo de 2001-2002, 61% dos entrevistados foram considerados Funcionalmente Alfabetizados; em 2007, 66%; e, nos três estudos realizados entre 2009 e 2015, o percentual de Funcionalmente Alfabetizados ficou estável em 73% para, em 2018, apresentar uma pequena oscilação negativa. Em síntese, apenas 7 entre 10 brasileiros entre 15 e 64 anos podem ser considerados Funcionalmente Alfabetizados. (INAF, 2018).

Habilidades básicas de leitura, escrita e numérica são especialmente importantes nos cenários de saúde, a partir dos quais o envolvimento do sujeito no planejamento e na implementação de cuidados é essencial para alcançar o sucesso nos tratamentos (PARKER et al., 1995; PASSAMAI et al., 2012). Nesse contexto, há uma ligação direta entre o alfabetismo

funcional e a busca/ compreensão de cuidados de saúde dos sujeitos, sendo que ele necessita desses conhecimentos e habilidades para cuidar de si e seguir corretamente as orientações e tratamentos de saúde (CARTHERY-GOULART et al., 2009).

As pessoas fazem escolhas sobre sua saúde diariamente: o que comer, quando ir ao médico, quais atividades físicas realizar, por exemplo. Para manter uma boa saúde, os sujeitos devem se apropriar de conhecimentos como: ler os rótulos de alimentos e medicamentos, saber as dosagens de medicamentos corretas, localizar o posto de saúde mais próximo, relatar sintomas para profissionais de saúde, utilizar um dispositivo para verificar a glicemia, entre tantos outros. Estas podem ser tarefas complicadas, e as habilidades para alcançá-las não são explicitamente ensinadas pelo sistema de saúde ou outras instituições educacionais e sociais (CHCS, 2013).

Destarte, o conceito de LS exige muito mais que habilidade de leitura, e outras competências como: o numeramento, a habilidade de fala, a audição, o uso de tecnologia, entre outras. Essas habilidades incluem entender, interpretar e analisar informações de saúde, aplicar essas informações em uma determinada situação de saúde, e outras competências relacionadas à saúde (OKAN et al., 2019; PASSAMAI et al., 2012).

O LS é, portanto, um processo baseado em habilidades que os sujeitos podem usar para identificar e transformar informações em conhecimento e ação. Portanto, não se trata apenas do conhecimento que as pessoas buscam, mas, muito mais importante do que essa visão é, como o conhecimento as capacita a agir para manter e promover sua saúde e a saúde dos outros, e tomar consciência do papel das comunidades e da sociedade em geral (OKAN et al., 2019).

Existem diversas definições para o termo LS. A falta de um consenso na definição do que seja o LS, mostra uma incompletude conceitual e demonstra que este é um fenômeno em constante evolução e que a literatura ainda não consegue abranger a complexidade do termo (MARTINS, 2018; PASSAMAI et al., 2012; 2019). As definições mais conhecidas e aplicadas são a da Organização Mundial da Saúde (OMS), da *American Medical Association* e a do *Institute of Medicine* (IOM).

Conforme a OMS, LS retrata “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para ter acesso, a entender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998, p. 10). O LS requer um nível de conhecimento, habilidades pessoais e confiança para tomar medidas para melhorar a saúde pessoal e comunitária, alterando estilos de vida pessoais e condições de vida. Desse modo, o

LS, além de melhorar o acesso dos sujeitos à informação em saúde e a capacidade delas de usá-las de maneira eficaz, é essencial para o empoderamento (WHO, 1998).

Já o *Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs American*, da *American Medical Association* (AMA, 1999) conceitua o referido termo como

uma constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de cuidados de saúde. Os pacientes com o letramento adequado em saúde podem ler, entender e agir sobre a informação dos cuidados de saúde (p.553).

O LS também é definido pelo IOM, como “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas de saúde e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” (IOM, 2004, p. 32). O IOM destaca que embora uma pessoa tenha as competências para um letramento básico, não é garantia de que esta tenha a mesma habilidade para ler e compreender todos os tipos de textos escritos. Portanto, seria necessário, por exemplo, que se conhecesse as palavras individualmente e que compreendesse os termos e conceitos que estão sendo abordados em um texto específico (IOM, 2004).

A abordagem do IOM tem um sentido mais amplo, pois essa “capacidade” é mediada por fatores como a educação, a cultura, a linguagem, as crenças, entre outros. Destarte, quando se fala em “tomada de decisões adequadas em saúde”, essa é permeada por fatores como a interação dos sujeitos nos ambientes de saúde, a influência da mídia e da política, do mercado, entre outros, levando em consideração tanto os fatores individuais como sociais (IOM, 2004; MARTINS, 2018; PASSAMAI et al., 2012).

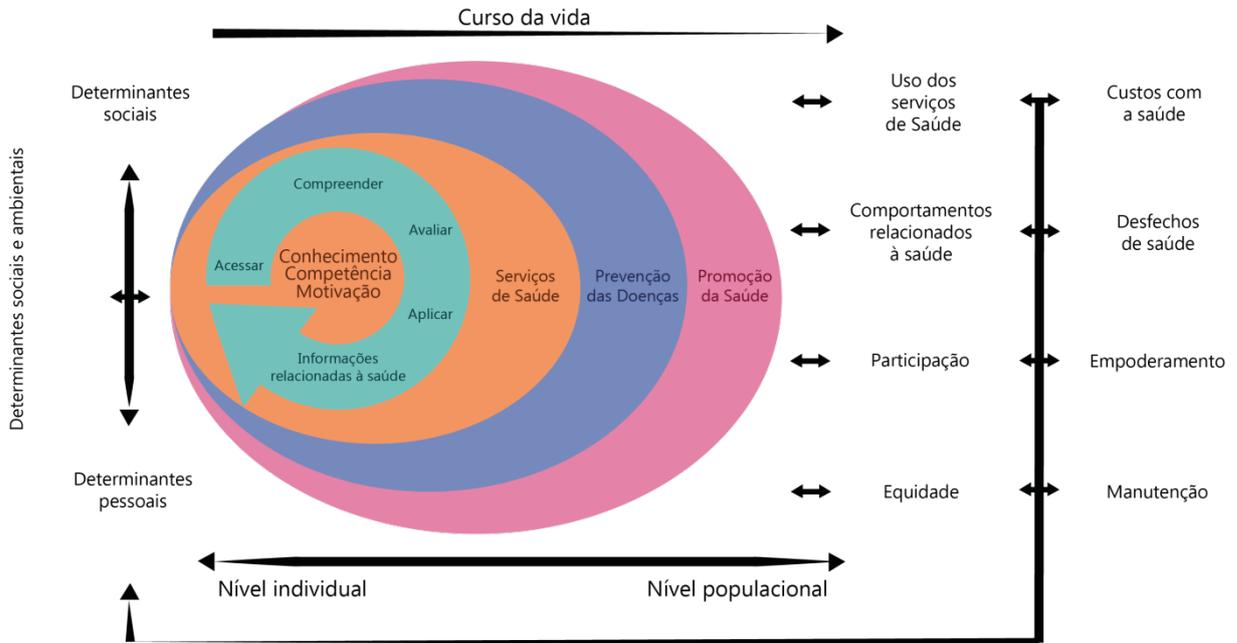
Sørensen et al. (2012) examinaram diversos conceitos e modelos de LS para desenvolver uma definição integrada, possibilitando a apreensão de dimensões mais abrangentes, e que têm sido amplamente utilizada atualmente. Nesse sentido, o LS foi definido como

o conhecimento, motivação e competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida cotidiana, em matéria de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (SØRENSEN et al., p. 3).

Esse conceito engloba a perspectiva da saúde pública, que abrange uma abordagem individual, que substitui os três domínios da saúde “cuidados de saúde” “prevenção de doenças” e “promoção da saúde” por “estar doente, estando em risco e manter-se saudável” (SØRENSEN et al., 2012). Esse é o conceito adotado para o presente estudo. Nessa

perspectiva, os autores disponibilizaram um modelo teórico que apresenta variáveis que influenciam e são influenciadas pelos níveis de LS (Figura 2).

Figura 2 – Modelo teórico do LS disponibilizado por Sørensen *et al.* (2012).



Fonte: adaptado de Sørensen *et al.* (2012) e Martins (2018).

O modelo proposto por Sørensen *et al.* (2012) exhibe fatores proximais e distais determinantes e/ou determinados pelo LS expresso pelas seguintes características: conhecimentos prévios referentes ao tema de saúde a ser abordado, competências e motivação para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde. O acesso refere-se à capacidade de procurar, encontrar e obter informações de saúde; a compreensão à capacidade de compreender as informações relativas à saúde. A avaliação diz respeito à capacidade de interpretar, filtrar e julgar as informações recebidas; já a aplicação refere-se à capacidade de se comunicar e usar as informações para tomar decisões com o intuito de manter e/ou melhorar a sua condição de saúde (MARTINS, 2018; SØRENSEN *et al.*, 2012).

Nesse sentido, o LS surge como um conceito relevante, principalmente nos aspectos que envolvem o processo saúde-doença da população, pois essa abordagem exige a melhoria dos recursos dos sujeitos para ter um posicionamento ativo frente às questões da própria saúde, dos seus familiares e da sua comunidade, incluindo nesse processo a capacidade de mudar as condições de saúde vigentes (PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

O baixo LS tem consequências diretamente relacionadas com a saúde da população, como no envolvimento das pessoas em práticas de promoção da saúde e prevenção de

doenças, no gerenciamento das doenças crônicas e no acesso e utilização dos serviços de saúde. Por isso, esse tema cada vez mais atrai a preocupação de pesquisadores, profissionais de saúde, serviços de saúde e formuladores de políticas públicas (PASSAMAI et al., 2012; PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

A rede de interação constituída pelos sujeitos e os profissionais, sistemas e serviços de saúde é extremamente relevante para as questões de LS. Assim, a comunicação que se dá por meio da troca de informações em saúde é de fundamental importância, visto que os sujeitos com LS limitado frequentemente relatam que os profissionais usam palavras de difícil compreensão, falam muito rápido, não fornecem informações suficientes quanto ao seu estado de saúde, além de não se certificarem se houve compreensão por parte do sujeito acerca do seu problema de saúde (ALLEN et al., 2017; PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

A qualidade da atenção à saúde e o sucesso em seu gerenciamento passam pela compreensão acerca das informações que sejam relevantes para os sujeitos, relacionados à sua saúde ou doenças agudas ou crônicas. Por isso, os sistemas e serviços de saúde, bem como os profissionais vinculados a estes, necessitam utilizar a comunicação de forma efetiva, utilizando recursos de informação acessíveis e apropriados, adotando uma postura abrangente que perceba e respeite as individualidades e peculiaridades no contexto do LS (ALLEN et al., 2017; FARMANOVA; BONNEVILLE; BOUCHARD, 2018; PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013).

Existem diversos fatores condicionantes e determinantes do LS, os quais são geralmente interdependentes e inter-relacionados. O LS é um fenômeno complexo e dinâmico, em que as interações multidimensionais não dependem somente de características, habilidades e capacidades do sujeito, mas de seu contexto cultural e social (BASAGOITI, 2012; MARTINS, 2018).

Os fatores determinantes do LS podem ser distinguidos em condições pessoais, que dependem das características individuais de cada pessoa, condições sociais, ambientais, ou situacionais que a pessoa desenvolve em sua vida, e também o seu grau de interação social, crenças, conhecimentos e habilidades adquiridas ou desenvolvidas. Dependendo do fator, esse pode ser condição estável ou dinâmica, modificável ou não ao longo do tempo (BASAGOITI, 2012; MARTINS, 2018; SØRENSEN, et al., 2012). Os fatores estão descritos no Quadro a seguir.

Quadro 1 – Fatores determinantes do LS.

	Fator	Relações	Estável/ dinâmico	Modificável/ não

				modificável
Fatores determinantes pessoais	Sexo	Diferenças biológicas, influenciada por fatores culturais e sociais.	Estável	Não modificável
	Idade	Determinam capacidades e habilidades. Influenciada por fatores culturais e sociais.	Dinâmico	Não modificável
	Raça/etnia	Influenciada por fatores culturais e sociais, como nível socioeconômico, status social e minorias.	Estável	Não modificável
	Renda	Relacionada ao nível socioeconômico, e a quase todos os determinantes.	Dinâmico	Modificável
	Escolaridade	Relacionada a outros determinantes como status socioeconômico, capacidade cognitiva. Principal fator relacionado ao grau de LS.	Dinâmico	Modificável
	Ocupação	Relacionada a diversos determinantes.	Dinâmico	Modificável
	Capacidades físicas	Habilidades sensitivas e motoras determinam as habilidades informacionais, comunicacionais, visuais, auditivas.	Dinâmico	Modificável
	Capacidades cognitivas	Influenciada pela idade e estado de saúde do sujeito, velocidade de processamento e memória.	Dinâmico	Modificável
	Crenças, cultura	Podem ser éticas, políticas, religiosas ou relacionadas com o meio ambiente. Condicionam as decisões na esfera pessoal, de grupo ou comunidade.	Dinâmico	Modificável
Fatores determinantes sociais gerais	Nível socioeconômico	Relacionada a diversos determinantes.	Dinâmico	Modificável
	Integração ou exclusão social	Condiciona o acesso e a utilização dos recursos, a gestão da saúde e da doença, o apoio emocional, entre outros.	Dinâmico	Modificável
Fatores determinantes sociais situacionais	Presença e experiência de doenças	Conhecimentos e emoções adquiridos de forma prática e direta, através das situações e circunstâncias vividas pelos sujeitos que incorporam a bagagem pessoal.	Dinâmico	Modificável

Comportamentos e desfechos em saúde	Relacionada a motivação, atitudes, escolhas, crenças, cultura. Envolve habilidades de autogestão e autocuidado	Dinâmico	Modificável
Uso de serviços de saúde	Permite aquisição de conhecimentos e competências no desenvolvimento desse ambiente, envolvendo acesso e utilização.	Dinâmico	Modificável
Influências da mídia	TV, rádio, internet, telefone/celular, tecnologias de informação e comunicação, redes sociais.	Dinâmico	Modificável
Intervenções de saúde	Disponibilidade dos profissionais, acesso e acolhimento dos sistemas de saúde, entre outros	Dinâmico	Modificável

Fonte: Adaptado de Basagoiti (2012), Sørensen et al. (2012) e Martins (2018).

2.4.2 Consequências, implicações e avaliação do Letramento em Saúde

O LS é uma temática extensamente desenvolvida no cenário internacional, tendo o conceito e as pesquisas na temática se expandido pelo mundo. Estudos realizados pela *World Health Communication Associates* revelam que no Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Canadá, de 20% a 50% da população têm baixa competência em LS, o que pode trazer implicações em relação à saúde individual e coletiva (WHCA, 2010).

Mais recentemente, estudos realizados na Europa, pela *European Health Literacy Consortium* revelam que pelo menos 47% da população em oito países (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Espanha, Irlanda, Países Baixos e Polônia) tem LS limitado (SØRENSEN et al., 2015).

Vários estudos realizados revelam que o baixo LS relaciona-se com a baixa escolaridade, baixa renda, idade mais avançada (OKAN et al., 2019; ROCHA; LEMOS, 2016; SØRENSEN et al., 2015; WU et al., 2017) e raça não-branca (KOBAYASHI et al., 2015). Em relação ao sexo, o baixo LS é comumente associado ao masculino (ROCHA; LEMOS, 2016), porém essa relação não é constante, visto que existem estudos que indicam que mulheres tem níveis piores de LS comparadas aos homens (ALMALEH et al., 2017). Essas divergências entre sexo e LS podem dar-se devido às diferenças socioculturais onde as pesquisas são realizadas (ROCHA; LEMOS, 2016).

As pessoas idosas são particularmente prejudicadas, pois além de terem os piores escores de LS, sua habilidade de leitura e compreensão pode ser afetada por comprometimentos visuais, auditivos e cognitivos, resultando em pior estado de saúde e maior mortalidade, requerendo intervenções mais adequadas (CLOUSTON; MANGANELLO; RICHARDS, 2017; CUTILLI et al., 2018; KOBAYASHI et al., 2015).

Além disso, outros grupos como pessoas com múltiplas condições crônicas de saúde e que utilizam múltiplos medicamentos são grupos vulneráveis a ter piores níveis de LS (BORGES et al., 2019; SARWAR; IFTIKHAR; SARFRAZ, 2018). Isso demonstra o impacto e a importância do LS a pessoas que tem as maiores necessidades de saúde, e são as que menos compreendem as informações (BASAGOITI, 2012)

O Baixo LS pode, ainda, resultar em erros na terapêutica medicamentosa, baixas taxas de adesão a tratamentos, redução do uso de serviços preventivos e uso desnecessário de serviços de emergência, aumento no tempo de internação e reinternações frequentes, aumento de doenças e incapacidades, e maior mortalidade, causando impacto nos sistemas de saúde e nos custos em saúde (CHCS, 2013; DUONG et al., 2015; FABBRI et al., 2020; PALUMBO et al., 2017; SMITH et al., 2018).

É perceptível, portanto, que o LS inadequado pode trazer diversas consequências em relação à saúde individual e coletiva, bem como trazer consequências para os serviços de saúde e a sociedade como um todo (CHCS, 2013). Essas consequências estão diretamente relacionadas aos seus fatores determinantes.

Existem implicações positivas quanto ao LS, as quais estão relacionadas, por exemplo, com a gestão da saúde. Nesse ínterim, indivíduos com LS adequado têm melhor autocuidado, maior busca de serviços de promoção da saúde e gestão mais adequada de doenças crônicas e tratamentos, tendo menor propensão a comportamentos de risco, o que resulta em melhor saúde (DUONG et al., 2015; JACOBS et al., 2017; NETO et al., 2019; ROLLS et al., 2017; SHIN; LEE, 2018).

Especificamente em relação à promoção da saúde e a prevenção de doenças, o LS tem uma função essencial para os comportamentos dos sujeitos. Através da compreensão e uso correto das informações em saúde, estes podem fazer escolhas saudáveis, como por exemplo uma alimentação adequada, atividades físicas corretas, redução do estresse, gerenciamento de doenças crônicas, ter mais autonomia e responsabilidade na tomada de decisão em saúde (CHAHARDAH-CHERIK, et al., 2018; NUTBEAM, 2017).

O uso de dispositivos eletrônicos e o uso da internet e redes sociais para busca, compreensão e utilização de informações influenciam nos resultados de LS, e esse uso têm se tornado cada vez mais frequente, tendo potencial de melhorar os resultados de saúde (LEVIN-ZAMIR; BERTSCHI, 2018)

Percebe-se como o LS têm implicações significativas sobre a saúde dos sujeitos, e nos sistemas de saúde. Ele reflete tanto no desenvolvimento de pesquisas, em políticas de saúde e intervenções de saúde em todo o mundo, tendo grande impacto clínico, social e econômico (BASAGOITI, 2012).

No Brasil, não existe nenhum estudo em âmbito nacional que evidencie o grau de LS e se o fenômeno pode estar afetando o resultado de saúde da população em geral. Alguns pesquisadores têm trabalhado com o tema pontualmente, e a temática tem sido cada vez mais explorada, principalmente nos últimos anos.

Estudos têm sido realizados em adultos no contexto hospitalar (APOLINARIO et al., 2015; CARTHERY-GOULART et al., 2009; OSCALICES et al., 2019); e também no contexto da APS (CAMPOS et al., 2020; MARQUES; ESCARCE; LEMOS, 2018; MARQUES; LEMOS, 2018; PASSAMAI; SAMPAIO; LIMA, 2013). A temática também vem sendo explorada no contexto de doenças crônicas (BEZERRA et al., 2019; BORGES et al., 2019; ROCHA et al., 2019; SALES et al., 2015; SAMPAIO et al., 2015). Em idosos, existem estudos no contexto de doenças crônicas (COSTA et al., 2019; LIMA et al., 2020; MACHADO et al., 2015; PINHAT et al., 2019; SANTOS; PORTELA, 2016); na APS (PASKULIN et al., 2012; MARTINS et al., 2019; 2020); e no domicílio (ROMERO; SCORTEGAGNA; DORING, 2018).

Em revisões integrativas e sistemáticas de literatura, a temática vem sendo explorada relacionada a aspectos conceituais (ROCHA; LEMOS, 2016); instrumentos que medem/avaliam o LS (LIMA; VASCONCELOS; BORBA, 2019; MACHADO et al., 2014; MARQUES, LEMOS, 2017); no contexto do empoderamento (SANTANA et al., 2017); relacionado à adesão à medicação (MARTINS et al., 2017); à prevenção do câncer de colo uterino (SILVA et al., 2020); e também na perspectiva de enfermagem gerontogeriatrica (SANTOS et al., 2015).

Há muitos obstáculos na avaliação do LS. Em geral, os profissionais de saúde acreditam que os sujeitos têm um nível de LS maior do que é, pois este muitas vezes pode ser confundido com a escolaridade, o que é um erro. A escolaridade pode ser mais alta que o nível de LS em muitos casos. Para tanto, os serviços de saúde devem presumir que cada

sujeito pode ter dificuldade em compreender os cuidados de saúde em formação (CHCS, 2013; DICKENS et al., 2013).

Os sistemas, profissionais e serviços de saúde podem utilizar maneiras formais e informais para verificar o LS dos sujeitos. Esse uso possibilita um cuidado mais focado e apropriado para cada indivíduo dentro de suas potencialidades, bem como possíveis dificuldades e limitações (CHCS, 2013).

Dentre as maneiras informais, o profissional pode observar atitudes que podem indicar um baixo nível de LS, como a falta frequente em consultas de rotina acompanhamentos ou encaminhamentos; o preenchimento incorreto de formulários; a incapacidade de nomear medicamentos ou explicar sua finalidade ou dosagem; a incapacidade de fornecer um histórico de saúde coerente ou sequencial, entre outros (CHCS, 2013).

O profissional de saúde deve, portanto, estar atento a essas dificuldades, investigando possíveis causas como a acuidade visual, auditiva, nível cognitivo, bem como se essa pessoa possui ajuda de outras pessoas, como familiares ou cuidadores. Outro cuidado importante é saber a real preocupação e foco do sujeito em relação à sua saúde. A partir disso, o cuidado e as orientações e informações em saúde podem ser adaptados conforme a necessidade do usuário (CHCS, 2013; PASSAMAI et al., 2012).

Outro aspecto importante na avaliação informal do LS, diz respeito à comunicação entre o profissional e o usuário. O vocabulário e as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde podem estar bem acima da compreensão dos usuários, o que requer do profissional atenção quanto a esse aspecto, utilizando vocabulário e linguagem simples e adequada para cada tipo de indivíduo e suas necessidades (PASSAMAI et al., 2012; VAN DER HEIDE et al., 2021).

Em relação às maneiras formais para verificar o LS, Existe na literatura diversos instrumentos para medi-lo/avaliá-lo, principalmente no cenário internacional. Esses instrumentos geralmente são focados em habilidades de leitura, matemática e compreensão de linguagem, com testes escritos e de compreensão (BEAUCHAMP et al., 2015; DAVIS et al., 1993; LEE et al., 2006; PARKER et al., 1995). No Brasil, existem instrumentos utilizados ou validados descritos na literatura (APOLINARIO et al., 2012; 2014; BATISTA et al., 2020; CARTHERY-GOULART et al., 2009; MARAGNO et al., 2019; PASKULIN et al., 2011; QUEMELO et al., 2017).

2.4.3 Letramento em Saúde e a formação em saúde

Conforme as DCN para a área da Saúde, a formação em saúde deve propiciar o compromisso direto com o SUS e com a atenção à saúde prestada à população brasileira. Assim, em seu IX princípio, destaca a importância do fornecimento de competências relacionadas à educação e comunicação em saúde, salientando o uso de ferramentas como as Tecnologias de Informação e Comunicação, as mídias e outros canais de comunicação, e o diálogo, contribuindo para o bem-estar, a aproximação da realidade da comunidade e o exercício de sua cidadania (BRASIL, 2017a).

Embora não esteja explícito nas DCN dos cursos da área da saúde, o LS se torna importante para que haja uma comunicação efetiva entre o estudante, futuro profissional de saúde, e os usuários, suas famílias ou a comunidade. Ele tem impacto no processo saúde-doença e nos resultados de saúde dos indivíduos, por isso pode se destacar como fundamental para a formação na área da saúde, principalmente no cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2017a; CHCS, 2013;).

Estudos têm evidenciado que faltam habilidades, bem como surgem dificuldades dos profissionais de saúde para lidar com as questões do LS. Entre elas, a superestimação da compreensão de informações e a inadequação da comunicação, o que pode estar relacionado à escassez de treinamento voltado ao LS para os profissionais, bem como a falta de inserção da temática nos currículos da saúde (KAPER et al., 2018; MACABASCO-O'CONNELL; FRY-BOWERS, 2011).

Surge, assim, a necessidade do desenvolvimento de competências e habilidades para o uso do LS na formação de profissionais da área da saúde. Os estudos relacionados sobre esse assunto são recentes, por isso a incorporação em currículos na área da saúde raramente ocorre, e quando ocorre são voltadas à compreensão de leitura e escrita de informações, não abordando aspectos como a autonomia, a participação e o autogerenciamento dos sujeitos quanto às informações em saúde (KAPER et al., 2020; SAUNDERS; PALESY; LEWIS, 2019).

Existem estudos estrangeiros que têm avaliado o uso do LS por estudantes da área da saúde e nas instituições de ensino, e revisões de pesquisas realizadas. Em uma revisão sistemática da literatura, que investigou 28 estudos sobre intervenções para treinamento de estudantes da área da saúde sobre LS, foi evidenciado que essas instituições garantem uma compreensão mais sólida dos estudantes sobre a temática, propiciando um aumento na

capacidade de avaliar e educar os sujeitos para ajudar na melhoria de sua saúde (SAUNDERS; PALESY; LEWIS, 2019).

Também foi confirmado que o LS, de maneira geral, trata-se de um domínio subdesenvolvido no campo da formação de profissionais da saúde, evidenciando a necessidade da incorporação do tema no processo ensino-aprendizagem e nos currículos dos cursos de graduação da saúde (SAUNDERS; PALESY; LEWIS, 2019).

O estudo destacou ainda, que as intervenções mais bem-sucedidas foram aquelas que ofereceram várias sessões de treinamento e aquisição de habilidades e conhecimentos integrados. Especialmente, quando a comunicação com o sujeito e as habilidades de avaliação foram desenvolvidas em ambientes do mundo real e com indivíduos ou membros da comunidade (SAUNDERS; PALESY; LEWIS, 2019).

Já, uma revisão integrativa da literatura, que analisou nove estudos sobre a resposta da educação no ensino superior em saúde sobre a preparação dos alunos para lidar com o baixo LS no cuidado aos sujeitos, evidenciou que as intervenções realizadas com os alunos compreendem: palestras, conteúdos didáticos, estratégias de aprendizagem ativa (estudos de caso, reflexões, dramatizações, simulações realísticas) e intervenções extraclasse (TORONTO; WEATHERFORD, 2015).

Quanto à avaliação de aprendizagem dos alunos, a revisão destacou diferentes métodos de avaliação, incluindo o conhecimento, habilidades e atitudes dos estudantes. Em todos os quesitos, os estudos analisados relataram melhora significativa, a partir das quais os estudantes passam a ter maior confiança na abordagem do LS com os sujeitos (TORONTO; WEATHERFORD, 2015).

Kaper et al. (2020) em sua pesquisa, avaliaram um treinamento abrangente em LS (palestra e cinco atividades práticas) de 79 estudantes de medicina em uma faculdade holandesa, com grupos de intervenção e controle. Os resultados evidenciaram que o grupo que recebeu a intervenção demonstrou competências para o LS significativamente maiores que o grupo controle, corroboradas por fornecimento de informações mais compreensíveis, tomada de decisão compartilhada e autogerenciamento.

Em relação à formação em enfermagem, estudos discutem a importância da inclusão, na aprendizagem, da identificação do baixo LS dos sujeitos assistidos, pois a educação e o ensino em saúde é uma responsabilidade central dos enfermeiros. Destaca-se também a necessidade de incorporar conteúdos sobre LS nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem (MOSLEY; TAYLOR, 2017; SAND-JECKLIN et al., 2010).

Tais afirmativas são corroboradas por estudo que objetivou revisar a literatura que identificou o LS no ensino de enfermagem, no qual foram descritas três categorias de estudos: conhecimento e habilidades aprendidas sobre LS (cinco estudos), percepções e experiências dos alunos (quatro estudos) e conteúdos curriculares em instituições de ensino (um estudo) (MCCLEARY-JONES, 2016).

Em relação primeira categoria, os estudos analisados demonstraram, de uma maneira geral, que o ensino de estudantes de enfermagem sobre o LS aumenta significativamente os conhecimentos e habilidades para lidar com o LS. Quanto à segunda categoria, os estudos mostraram que as percepções e experiências dos alunos incluíram empatia, sensibilidade e autoconfiança em abordar indivíduos quanto ao LS, para estimular a compreensão de informações em saúde. Na terceira categoria, os autores enfatizaram a escassez de estudos sobre a inserção de conteúdos de LS nos currículos da enfermagem, demonstrando que a priorização do LS é limitada e inconsistente (MCCLEARY-JONES, 2016).

Não foram encontrados estudos que estabelecessem a relação da formação em saúde e o LS na área da psicologia. Do mesmo modo, no Brasil essas pesquisas não foram identificadas, tanto de maneira geral quanto para profissões da saúde em específico. Tal fato pode estar relacionado a essa temática ainda ser relativamente nova na área da pesquisa e do ensino no Brasil.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. A abordagem qualitativa permite o surgimento e a apreensão de questões subjetivas e representativas, que não podem ser quantificadas. Lida, portanto, com o universo de fenômenos, significados, crenças, atitudes, valores e relações, focalizando o indivíduo em suas diversas dimensões. Essa abordagem objetivou, assim, proporcionar a construção e/ou revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado (MINAYO, 2014).

A pesquisa se caracterizou por exploratória, com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, de modo a trazer uma maior compreensão e precisão, onde permite o surgimento de hipóteses. Ela permite ao pesquisador a verificação sobre as questões que necessitam de mais atenção e investigação detalhada, e pode alertá-lo devido a potenciais dificuldades, as sensibilidades e as áreas de resistência (GIL, 2017).

A pesquisa também foi descritiva, onde permitiu descrever as características e relações do fenômeno estudado, neste caso a formação em saúde. Um estudo descritivo proporciona o maior detalhamento acerca das informações e da forma como se apresentam os fatos (GIL, 2017). No intuito de manter o rigor metodológico do estudo, foi utilizado o *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) (TONG et al., 2007) como ferramenta de apoio.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado junto aos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Psicologia de uma Universidade no sul do Brasil, sendo denominados, respectivamente, como Curso A, B e C. A escolha dos mesmos se deu em função de serem, no âmbito da instituição, voltados à formação de profissionais para atuação multiprofissional no SUS.

O Curso A prevê como perfil profissional um Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que se baseia no rigor científico, intelectual e nos princípios éticos, sendo capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, destacando o ecossistema costeiro, e a atuação com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. O curso espera que o formado possa atender as necessidades sociais de saúde dos seres humanos, com ênfase nas

políticas públicas de saúde e o SUS vigente, assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

Quanto à sua estrutura curricular, esse funciona por meio de matrícula em disciplinas. Oferece 60 vagas anuais, sendo 30 semestrais, e possui uma carga horária total de 4.140 horas, divididas em dez semestres. Dessa carga horária, 3030 horas correspondem às disciplinas teóricas e teórico-práticas obrigatórias, o projeto e o trabalho de conclusão de curso, 960 horas correspondem aos estágios supervisionados, e 150 horas são de atividades complementares.

O Curso B prevê um currículo que visa contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. Deve proporcionar ao egresso: curiosidade científica; interesse permanente pelo aprendizado; espírito crítico; domínio dos conhecimentos necessários à prática médica; iniciativa criadora e senso de responsabilidade na busca de soluções; compreensão social dos problemas médicos; preparação e motivação para participar de programas que visem informar e educar a população no sentido de preservar a saúde e prevenir doenças, ética e sensibilidade humana, entre outros.

O Curso B é desenvolvido em regime Seriado Anual, ofertando 74 vagas por ano, com previsão de disciplinas impeditivas à progressão para a(s) série(s) seguinte(s). O currículo do respectivo curso é composto por módulos, cada um com uma unidade integradora e um propósito específico, no qual estão distribuídas as disciplinas do curso. A integração dos módulos ocorre no Estágio Curricular desenvolvido nas áreas exigidas e no Estágio em Área Opcional, possibilitando vivenciar e aprimorar a prática médica. O tempo de integralização do curso é de seis anos, com carga horária de 7.745 horas para as disciplinas obrigatórias e estágios, divididos em seis séries, e 200 horas de atividades complementares.

O Curso C pretende formar um psicólogo generalista com conhecimento da diversidade da ciência psicológica, comprometido com as necessidades sociais, possuindo desempenho qualificado do ponto de vista científico e técnico. Pautado em princípios éticos e dos Direitos Humanos, deve estar preparado para atuar interdisciplinarmente, com a competência para produzir, difundir e utilizar conhecimentos e procedimentos da Psicologia em diferentes contextos, na promoção da qualidade de vida e na construção de uma sociedade mais solidária e justa.

As ênfases curriculares do respectivo Curso são: processos educativos e desenvolvimento humano, psicologia institucional e comunitária, e processos clínicos e

promoção da saúde. O curso funciona em regime de matrícula por disciplina, ofertando 35 vagas anuais, em dez semestres e duração de cinco anos, tendo carga horária total de 4040 horas. Destas, 630 horas dentre os estágios supervisionados básicos e específicos, e o restante em disciplinas obrigatórias e optativas, contando ainda com 200 horas de atividades complementares acadêmico-técnico-científicas.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram os estudantes do último ano do Curso de Graduação em Medicina e do último semestre dos Cursos de Graduação em Enfermagem e Psicologia de uma Universidade no sul do Brasil. A escolha dos estudantes do último ano justificou-se pelo fato de já possuírem vivência em atividades práticas e disciplinas do curso, podendo ter uma visão mais ampliada do cuidado em saúde que irão prestar como egressos e futuros profissionais, bem como a relação desse cuidado com sua formação.

O critério de inclusão foi estar devidamente matriculado no último semestre que estava sendo ofertado em cada curso. Como critérios de exclusão adotaram-se: estudantes de atestado e/ou licença saúde; que tivessem sem acesso à internet ou tecnológico.

No intuito de preservar e garantir o anonimato dos participantes, estes foram identificados por letra e números, sendo escolhida a letra inicial do curso, ou seja, estudantes de enfermagem identificados pela letra "E", estudantes de medicina "M" e estudantes de psicologia "P", seguido por número, exemplo: E1, E2 e, assim por diante.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de maio a dezembro de 2021, e devido à emergência de saúde pública em função da pandemia de COVID-19 vigente na época de coleta de dados, estes foram realizados por meio de entrevistas, online. Estas ocorreram através de aplicativo (Google Meet) por videoconferência, de forma gratuita, sem necessidade de criação de conta, e gravadas por dispositivo de áudio. As entrevistas foram realizadas pela doutoranda, autora dessa Tese, a qual não possuía nenhum tipo de vínculo ou relacionamento com os entrevistados.

Primeiramente, foi realizado contato prévio com as coordenações dos cursos, de modo online com os coordenadores, informando sobre o objetivo da pesquisa, o processo de entrevista com os estudantes, bem como, solicitando o número de estudantes matriculados no

último semestre ofertado. Após a autorização das mesmas, foi solicitada uma lista com contatos (telefone/*Whatsapp* ou e-mail) dos estudantes aptos a participarem da pesquisa.

Foram realizadas quatro chamadas (definido previamente como número máximo de tentativas de chamamento) para convidar todos os estudantes aptos a participarem da pesquisa (13 de enfermagem via *Whatsapp*, 62 de medicina via e-mail e 22 de psicologia via *Whatsapp* - contatos que foram disponibilizados pelas coordenações dos cursos). Obteve-se o retorno cinco estudantes de enfermagem, nove de medicina e oito de psicologia, para os quais foi agendada entrevista. Uma estudante de enfermagem não compareceu, precisou reagendar e compareceu na segunda tentativa, todos os demais compareceram no primeiro agendamento, totalizando 22 entrevistas. Os demais estudantes convidados não retornaram nenhum convite, por motivo desconhecido. Utilizou-se como critério para encerrar a coleta dos dados o tempo máximo até a conclusão do curso pelos estudantes.

Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE I), contendo questões de caracterização dos participantes, e questões abertas que abordaram as práticas e a formação relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, ao conceito de saúde, à educação em saúde e ao LS, bem como suas relações entre si. Cabe ressaltar que o roteiro foi validado na primeira entrevista, não havendo necessidade de ajuste. As entrevistas tiveram duração entre 17 a 43 minutos. Os dados foram transcritos e analisados pela doutoranda, não havendo feedback ou devolução das entrevistas para os participantes.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados por meio do método de análise textual discursiva. Esta consiste em uma metodologia de análise qualitativa que tem intuito de produzir novas compreensões acerca de fenômenos e discursos. É considerada como um processo auto-organizado que produz essas compreensões, constituída por quatro elementos: ‘unitarização’, ‘categorização’, ‘comunicação’ e ‘um processo auto-organizado’, sendo que os três primeiros compõem um ciclo (MORAES; GALIAZZI, 2016).

Na unitarização ou desmontagem dos textos, foram examinados os materiais e seus detalhes, e fragmentando-os para atingir unidades de significado referentes ao fenômeno estudado. Na categorização ou estabelecimento de relações, reuniram-se as unidades de significado semelhantes, gerando vários níveis de categorias de análise (MORAES; GALIAZZI, 2016).

Na comunicação capta-se o ‘novo emergente’, a intensa impregnação nos materiais da análise foi desencadeada pelo processo anterior possibilitando uma compreensão renovada do todo, fechando o ciclo de análise. Por fim, o último elemento, um processo auto-organizado, onde após a fragmentação e desorganização proposta na primeira fase, ocorreu uma reconstrução com emergência de novas compreensões (MORAES; GALIAZZI, 2016).

Inicialmente, os textos foram examinados com intensidade e profundidade, formando três categorias iniciais, cada uma contemplando um objetivo do estudo: “Relação entre o conceito de saúde e o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde”; “Formação acadêmica em educação em saúde e o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde”; e “Relação entre o Letramento em Saúde na formação e o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde”. As mesmas, foram unitarizada em categorias intermediárias.

Após, foi realizada nova leitura minuciosa a partir das categoria iniciais e intermediárias, buscando o estabelecimento de relações entre elas, sendo separadas em diferentes unidades. Por fim, procedeu-se a última etapa do método de análise, onde foram apresentadas as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, pelo processo de comunicação entre os relatos dentro de cada categoria intermediária, resultando nos metatextos de descrição e interpretação dos fenômenos investigados, dando origem à 29 categorias finais.

As categorias primárias, intermediárias, finais e correspondentes unidades de significado estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Apresentação das categorias de análise e unidades de significado correspondentes.

Categoria primária	Categoria Intermediária	Categoria Final	Unidades de significado
Relação entre o conceito de saúde e o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde	Saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças	1. Saúde na perspectiva dos acadêmicos - para além da ausência de doença	<ul style="list-style-type: none"> * Aproximação ao conceito da OMS de 1948 * Interligação de dimensões do ser humano * Aproximação ao conceito ampliado de saúde * Levar em conta os DSS * Crítica ao conceito da OMS de 1948, como utópico * Saúde como subjetiva
		2. Promoção da saúde na perspectiva dos acadêmicos	<ul style="list-style-type: none"> * Cuidado integral * Além da saúde individual * Melhorar e manter saúde por meio da ação sobre DSS

			<ul style="list-style-type: none"> * Olhar para necessidades coletivas/ individuais * Autocuidado e autoconhecimento * Fornecimento de orientações e conscientização * Não soube diferenciar promoção/prevenção
	3. Prevenção de doenças na perspectiva dos acadêmicos		<ul style="list-style-type: none"> *Estratégias/medidas para evitar doenças/agravos e reduzir riscos * Educação, orientação e conscientização * Atribuição da APS * Níveis de prevenção (primária, secundária, terciária, quaternária) * Resposta à necessidades de saúde individuais e coletivas * Estratégias que melhoram indicadores de saúde
Relação entre o conceito de saúde e o cuidado à promoção da saúde e prevenção de doenças no SUS	4. Cuidado a partir de uma visão integral e ampliada		<ul style="list-style-type: none"> * Cuidado a partir da visão integral de saúde, levando em conta as dimensões do ser humano * Cuidado a partir da visão ampliada de saúde, necessidades do usuário e DSS; * Cuidado em uma perspectiva transdisciplinar * Estudo e aprofundamento de conceitos de saúde na formação
	5. Cuidado voltado para promoção da saúde e prevenção de doenças no SUS		<ul style="list-style-type: none"> * Olhar integral * Atuar em equipe e de forma multidisciplinar * Compreensão de realidades e necessidades do usuário * Cuidado individualizado, a partir de cada especificidade * A partir de acesso e acolhimento * Dever do Estado *Estratégias de educação e orientação * Corresponsabilização e autonomia no cuidado
	6. Bases para o cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças no SUS		<ul style="list-style-type: none"> * Cuidado fortalecido na APS * Cuidado em todos os níveis de atenção * Referência e contra-referência * Seguir os princípios do SUS * Conhecimento/ entendimento da população sobre os direitos,

			fluxos de atendimento e o SUS
	Formação para o Sistema Único de Saúde	7. Potencialidades em relação à formação para o SUS	<ul style="list-style-type: none"> * Enfoque, inserção e conhecimento do SUS desde o início da graduação * Compreensão da saúde em sentido mais amplo na graduação * Participar de projetos de extensão como ligas acadêmicas e grupos de estudo auxiliam a ampliar mais a visão e o cuidado para o SUS
		8. Fragilidades em relação à formação para o SUS	<ul style="list-style-type: none"> * Enfoque em clínica/ doenças/ prevenção de doenças em detrimento à saúde de uma forma geral * Falhas na aproximação da universidade à comunidade e ao SUS ao longo do curso * Enfoque nas especificidades da profissão * Inserção tardia em práticas
Formação acadêmica em educação em saúde e o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde	Educação em saúde na perspectiva dos estudantes	9. Educação em saúde: abordagem dialógica, troca de saberes e conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> * Aproximação à abordagem dialógica * Troca de saberes e conhecimentos * Levar em conta necessidades individuais e coletivas * Vínculo * Busca de sujeitos ativos e autônomos
		10. Educação em saúde: transmissão de informações e conhecimentos em saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Aproximação à abordagem tradicional * Transmissão de informações e conhecimentos partindo do profissional
		11. Educação em saúde como estratégia para o cuidado na Atenção Primária à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Estratégia para fortalecer o cuidado na APS
	Formação em educação em saúde	12. Estratégias desenvolvidas ao longo da formação em educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Desenvolvimento teórico-prático de técnicas e abordagens para promover educação em saúde * Aproximação do estudante com a realidade da comunidade/público * Desenvolvimento da empatia * Desenvolvimento de senso crítico
		13. Potencialidades em relação à formação em educação em saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Disciplina de “Educação em Saúde” - Enfermagem * Participação em Ligas

			Acadêmicas - Medicina * Participação em projetos de ensino, extensão e grupos de estudo - Psicologia
		14. Fragilidades em relação à formação em educação em saúde	* Ensino tradicional e hospitalocêntrico - Medicina * Formação distanciada da prática - Psicologia
		15. Relação entre a educação em saúde e o cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças no SUS no processo de formação	* Troca de saberes, no cuidado voltado às necessidades de conhecimento e entendimento dos usuários, conduzindo ao exercício da autonomia e promovendo qualidade de vida * Transmissão de conhecimentos e informações que promove autocuidado dos usuários
	Competências e habilidades manifestadas pelos estudantes à realização de educação em saúde no SUS	16. Comunicação efetiva, linguagem, abordagem adequada e materiais de apoio	* Habilidades em comunicação * Adequação da linguagem * Tipo de abordagem * Escuta * Materiais de apoio
		17. Estudo e construção do conhecimento em educação em saúde	* Estudo prévio * Conhecimento sobre o tema
		18. Empatia, compreensão de diferentes contextos e necessidades	* Empatia * Compreensão de contextos e realidades * Trabalhar com diferentes realidades e públicos * Percepção de diferentes necessidades individuais e/ou coletivas
		19. Trabalho em equipe em uma perspectiva multiprofissional	* Trabalho em equipe na perspectiva multiprofissional * Possibilitar acesso e acolhimento
Relação entre o Letramento em Saúde na formação e o cuidado na perspectiva do SUS	Formação para o Letramento em Saúde	20. (DES) conhecimento do termo “Letramento em Saúde”	* Não conhecer/lembrar o termo LS * Verbalização de contato com o tema
		21. Aspectos relacionados ao Letramento em Saúde contemplados durante a formação	* Vivências teóricas e práticas que trabalharam aspectos do LS * Discussão e treinamento em sala de aula * Adequação da linguagem * Adequação da abordagem * Uso de estratégias para melhor compreensão das informações pelos indivíduos * Escuta

		* Imersão na APS
	22. Fragilidades na formação para o Letramento em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Inexistência da temática de LS na formação * Necessidade de inclusão do tema na formação * Formação em uma perspectiva tradicional/ fragmentada * Pouco período de inserção na prática
O Letramento em Saúde e o cuidado para promoção da saúde e prevenção de doenças no SUS	23. Elementos do conceito “Letramento em Saúde” presentes no cuidado	<ul style="list-style-type: none"> * Levar em conta a compreensão do usuário * Entender os fatores que influenciam o LS * Levar em conta os conhecimentos prévios do usuário * Entender/ incentivar motivação do usuário * Levar em conta acesso e busca de informações em saúde
	24. Cuidado a partir do Letramento em Saúde para promover a compreensão de informações, autocuidado e qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> * Uso de habilidades de LS propicia correta compreensão de informações em saúde, influenciando no empoderamento e apropriação das questões de saúde pelos usuários * Questões relacionadas ao LS propiciam autocuidado, propiciando qualidade de vida
	25. Cuidado voltado às necessidades e especificidades do usuário do SUS a partir do Letramento em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Entendimento e uso de habilidades de LS propiciam cuidado voltado às necessidades e especificidades dos usuários * Levar em conta conhecimentos prévios dos usuários no cuidado * Levar em conta os fatores relacionados ao LS
Estratégias para melhorar o Letramento em Saúde dos usuários do SUS	26. Estratégias relacionadas aos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Estratégias relacionadas à comunicação * Compreensão de necessidades e especificidades de conhecimento * Inserção na realidade * Vínculo * Empatia * Acompanhamento por meio de consultas * Capacitação dos profissionais de saúde
	27. Estratégias relacionadas à população	<ul style="list-style-type: none"> * Abordagem de saúde desde a educação básica * Propiciar melhores condições de vida * Acionar redes de apoio social

Dificuldades relacionadas ao Letramento em Saúde na prática	28. Dificuldades relacionadas aos profissionais e/ou serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de tempo * Desconhecimento em Língua Brasileira de Sinais pelos profissionais de saúde * Pouco suporte laboral nos serviços de saúde
	29. Dificuldades relacionadas à população	<ul style="list-style-type: none"> * Baixa escolaridade * Baixo nível socioeconômico * Cultura e hábitos de saúde inadequados * capacidades físicas (visuais/auditivas) * Presença e experiência de doenças crônicas * Pouca responsabilidade do usuário por seu próprio cuidado

Fonte: dados da pesquisa.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (ComPesq/EEenf) da FURG (ANEXO I), e posteriormente encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG), obtendo-se aprovação sob o parecer nº 4.715.054, CAAE nº 45146121.8.0000.5324 (ANEXO II). Após a aprovação, foi solicitada autorização formal das Coordenações dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia para a realização da pesquisa, obtendo as devidas aprovações (ANEXO III).

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo-se a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mediante a Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

Mediante o interesse dos estudantes em participar da pesquisa, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE II), via e-mail aos participantes, sendo solicitada a leitura e assinatura e envio dos mesmos, ou consentimento via gravação de áudio. Foi enfatizado a importância do armazenamento do consentimento pelos estudantes. Para os que não haviam lido anteriormente, foi realizada a leitura e solicitado o consentimento antes da realização da entrevista. Com essa medida, foi assegurada a autonomia, a privacidade e o respeito ao seu anonimato, sendo prestados esclarecimentos sobre a pesquisa proposta, explicando os objetivos e metodologia utilizada. Os TCLE estão armazenados na escola de enfermagem sob responsabilidade da orientadora da pesquisa. O mesmo armazenamento ocorreu para os consentimentos que foram gravados por áudio.

O material eletrônico originado da transcrição das entrevistas, está armazenado em dispositivos eletrônicos locais, nas dependências da EEnf, sob responsabilidade da orientadora da pesquisa, e ficará durante o período de cinco anos após esse período será descartado de forma apropriada.

Os riscos dessa pesquisa foram mínimos, não existindo riscos à integridade física dos participantes, sendo que os possíveis riscos foram associados a uma mobilização de sentimentos que poderia ocasionar um desconforto emocional. Não houve dano de qualquer natureza envolvendo os estudantes que participaram da pesquisa.

Quanto aos benefícios, não houve nenhum imediato, contudo a pesquisa contribuiu para a reflexão sobre as práticas e o cuidado dos formandos participantes, na perspectiva do SUS, contribuindo para sua futura prática profissional, além da apreensão de conceitos relacionados à temática da pesquisa.

A participação do estudante foi livre de despesas pessoais e compensação financeira. No desenvolvimento desta pesquisa, foram garantidos os seguintes compromissos: a utilização e obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa; a realização de procedimentos que compreendam a privacidade, anonimato e proteção do participante; o respeito aos valores culturais, socioeconômicos, religiosos e éticos; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa para as pessoas envolvidas.

Os participantes foram esclarecidos sobre seus direitos de comunicarem verbalmente sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, por telefone ou email, no entanto, não ocorreu nenhuma desistência. Os resultados do estudo serão divulgados à comunidade científica, através da elaboração desta Tese de doutorado e do encaminhamento dos artigos oriundos da pesquisa aos periódicos propostos no capítulo “Resultados e Discussão”.

Ao término desta pesquisa, os resultados serão devolvidos às coordenações dos Cursos e aos participantes da pesquisa, por meio de envio no formato digital, e ao convite da defesa da Tese. Os pesquisadores comprometeram-se no desenvolvimento da pesquisa, conduzindo-a conforme os parâmetros éticos e legais, cumprindo os prazos estabelecidos para a realização da pesquisa, além de divulgar e publicar os achados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados três artigos científicos derivados a partir dos dados obtidos na pesquisa. O primeiro artigo é intitulado: “**Relação entre o conceito de saúde e o cuidado na perspectiva do SUS sob a ótica de acadêmicos da saúde**”, respondendo ao primeiro objetivo da tese. Esse será encaminhado à Sustinere: Revista de Saúde e Educação (ISSN: 2359-0424), que corresponde à classificação “A3” pelo Qualis Referência, disponível na página do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da FURG (https://ppgenfermagem.furg.br/images/Qualis_referencia/Qualis_Referencia.pdf) As normas de publicação estão disponíveis em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/about/submissions#authorGuidelines>.

O segundo artigo é intitulado “**Formação acadêmica: educação em saúde e o cuidado na perspectiva do Sistema Único de Saúde**”, respondendo ao segundo objetivo da tese. Esse será encaminhado à Revista Brasileira de Enfermagem (ISSN: 0034-7167), que corresponde à classificação “A2” pelo Qualis referência. As normas de publicação estão disponíveis em: <https://www.scielo.br/journal/reben/about/#instructions>.

O terceiro artigo é intitulado “**Formação superior em saúde: relação entre o letramento em saúde e o cuidado na perspectiva do SUS**”, respondendo ao terceiro objetivo da tese. Esse será encaminhado à Revista Saúde e Pesquisa (ISSN: 2176-9206), que corresponde à classificação “A3” pelo Qualis referência. As normas de publicação estão disponíveis em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/about/submissions>.

Os artigos serão apresentados a seguir.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa oportunizaram a construção de três artigos científicos que responderam aos objetivos da tese. Em relação ao **primeiro objetivo**, o estudo possibilitou conhecer os conceitos sobre saúde dos estudantes de medicina, enfermagem e psicologia, compreendendo que este possui relação com o cuidado na perspectiva do SUS.

Os estudantes aproximaram sua visão ao conceito ampliado de saúde, enxergando-a de maneira integral, levando em conta os fatores determinantes de saúde da população, seus diversos contextos e necessidades. Essa visão permite um cuidado em uma perspectiva integral, incluindo a interligação das diversas dimensões que compõem a saúde, como física, psicológica, espiritual e social, permitindo promover a saúde e prevenir as doenças de maneira humanizada e acolhedora, por meio de trabalho em equipe e promovendo o autocuidado e protagonismo dos sujeitos, compartilhando responsabilidades.

Ainda, a ótica dos estudantes sobre a promoção da saúde e prevenção de doenças também se aproximam a uma prática de cuidado integral no SUS, à medida que enxergam a importância de práticas individuais e coletivas para produzir saúde e reduzir riscos de acordo com necessidades populacionais, indicadores e políticas de saúde. Também pela priorização dessas práticas na APS, enxergando-a como ponto inicial e central de produção do cuidado entre os usuários e os profissionais, aproximando-se ao preconizado nas DCN para os cursos superiores em saúde no Brasil.

A formação para o SUS, durante a graduação, configurou-se na visão dos estudantes, bem ampla e de qualidade, permitindo o aprofundamento dos conceitos em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças, sobre o SUS, seus níveis de atenção e seus princípios e diretrizes, de acordo com as orientações dadas pelas DCN dos cursos de graduação em saúde no Brasil. Mesmo assim, ainda permanecem vestígios de um ensino clínico e o enfoque em doenças, que por vezes impedem a superação da visão voltada ao modelo biomédico de saúde no cuidado.

Em relação ao **segundo objetivo**, o estudo permitiu compreender a relação entre a formação dos estudantes em educação em saúde com o cuidado na perspectiva do SUS. De maneira geral, os estudantes concebem a educação em saúde na formação com elementos que se aproximam de uma abordagem dialógica, como a troca de saberes entre os profissionais e os usuários e comunidades, captando, de forma empática, suas necessidades de conhecimento.

Buscam aperfeiçoar habilidades práticas durante a formação, como a comunicação, a compreensão de diversas realidades e o trabalho em equipe.

Essa educação em saúde, contemplada durante a formação, irá refletir, na visão dos estudantes, em um cuidado que permita a autonomia e o empoderamento dos usuários, que irão sentir-se mais preparados para buscarem mudanças de hábitos e qualidade de vida na promoção de sua saúde e prevenção de doenças. Destarte, a visão se aproxima com as DCN para os cursos da área da saúde quanto à preparação dos futuros profissionais para trabalhar no SUS.

Contudo, ainda permanecem elementos da abordagem tradicional na ótica de alguns estudantes, preferindo educar em saúde por meio da transmissão de informações e conhecimentos e, embora com o objetivo de promover o autocuidado para os usuários, pode expressar um cuidado limitado, que não permite que ele reconheça e realize mudanças fidedignas no cuidado com sua saúde.

Em relação ao **terceiro objetivo**, o estudo demonstrou que a formação dos estudantes de enfermagem, medicina e psicologia não contempla o conceito de LS, porém incorpora elementos do conceito presentes na formação, na prática e no cuidado, como a compreensão do usuário durante o compartilhamento de informações ou orientações de saúde, seus fatores relacionados ao LS, seus conhecimentos prévios, sua motivação e o acesso e busca de informações, abrangendo, assim, estratégias para uma comunicação efetiva e compreendendo as necessidades dos usuários e seus diferentes contextos, contemplando assim os aspectos das DCN para os cursos da área da saúde no Brasil.

Assim, o uso dessas habilidades para o LS se relaciona com o cuidado na perspectiva do SUS conforme a relação entre profissional e usuário vai impulsionando para o gerenciamento do cuidado integral por ele, que adquire e utiliza conhecimento e informação para promover sua saúde e prevenir doenças, por meio de mudanças de hábitos de vida, controle de doenças e redução de riscos e agravos à saúde. Esse fundamento de cuidado vai ao encontro dos princípios, diretrizes e políticas do SUS, objetivando reduzir as disparidades em saúde e melhorar os indicadores e a qualidade de vida da população.

De maneira geral, surgiram potencialidades durante a formação que contemplaram aspectos sobre o SUS, os conceitos de saúde, a educação em saúde e o LS. Os estudantes relatam a importância de vivenciar o SUS, bem como a APS desde o início da graduação, o

que corrobora com o preconizado nas DCN e direciona e motiva o futuro profissional aos desafios e abordagens no sistema de saúde brasileiro.

Especificamente na enfermagem, emerge como potencialidade a disponibilidade de uma disciplina específica em educação em saúde, segundo os estudantes, contempla adequadamente a aquisição de atributos essenciais para uma educação em saúde adequada e amplia sua experiência em práticas comunicativas, permitindo ao estudante uma abordagem baseada nas necessidades dos sujeitos, o que também contempla elementos do LS.

Na medicina, a potencialidade da formação foi a disponibilidade de Ligas Acadêmicas, que contribuem tanto na expansão do conhecimento e aproximação com o SUS, quanto na aquisição de conhecimento e prática relacionada à educação em saúde e ao LS, complementando e enriquecendo a formação nesse sentido.

Já, para os estudantes de psicologia, a potencialidade se dá por meio da participação em grupos de estudos e atividades extracurriculares como projetos de extensão. Estes, por meio de estudo teórico, práticas e compartilhamento de saberes, ampliam a visão dos futuros psicólogos em relação ao SUS, conceitos de saúde, educação em saúde e LS, podendo refletir em uma atuação profissional voltada às necessidades dos usuários do SUS.

Fragilidades na formação também foram destacadas pelos estudantes, principalmente relacionadas à persistência do enfoque no modelo biomédico de ensino durante a formação, direcionando o estudante na perspectiva de doenças e especialidades e fragmentando o cuidado. Isso demonstra a necessidade de ainda avançar no ensino superior em saúde, renovando abordagens de ensino e priorizando o olhar integral e o SUS na formação.

O estudo contribui para expandir o conhecimento acerca da formação superior em saúde para o SUS e sua relação com as concepções de saúde, a educação em saúde e o LS. Este pode instigar a reflexão e a discussão entre discentes, docentes, gestores do ensino superior em saúde no Brasil e, também dos gestores do SUS sobre a necessidade de estratégias para consolidar a formação e educação superior em saúde. Esta voltada a um cuidado ampliado e direcionado às diretrizes e princípios do SUS, possibilitando ao aluno a obtenção de habilidades, conhecimentos e motivação para priorizar e atuar na perspectiva de prevenir as doenças e promover a saúde, utilizando as políticas públicas do sistema e os indicadores, determinantes e necessidades de saúde da população.

Em relação à concepção de saúde, emerge a necessidade de aproximar cada vez mais o estudante das comunidades e do SUS, possibilitando uma visão ampla de saúde e que permita

a formação de profissionais qualificados e motivados a trabalhar com enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças, desenvolvendo um cuidado integral e equitativo.

Relacionada à educação em saúde, conjectura-se que a formação dos futuros profissionais de saúde ainda necessita de avanços, na perspectiva de superar a visão ainda persistente de educação tradicional, e priorizar currículos e metodologias inovadoras, que permitam aprimorar habilidades e competências relacionadas à prática de ES dialógica e ampliar ainda mais o olhar e o cuidado do futuro profissional de maneira integral, conforme os princípios e diretrizes do SUS e as DCN.

Em relação ao LS, o estudo também encaminha a necessidade de refinar e expandir a formação nos currículos da área da saúde no Brasil, incorporando o LS na prática dos estudantes e, também a educação permanente de profissionais de saúde. Em função das dificuldades trazidas pelos estudantes no que tange a abordagem do LS ao longo das práticas, tanto privativas quanto interdisciplinares emerge a necessidade de abordagem de mais estratégias para trabalhar o LS e melhorar a comunicação, incorporando o LS nos currículos dos cursos superiores em saúde, seja a partir da inserção da temática em disciplinas já existentes ou a criação de novas disciplinas, e também a ampliação da oferta para o conhecimento em Libras. Ainda, emerge a necessidade do direcionamento de políticas públicas que modifiquem os mecanismos laborais do SUS, trazendo a oportunidade de potencializar um cuidado equitativo, centrado nas necessidades e fatores relacionados ao LS pelos profissionais.

Frente às considerações trazidas, os resultados do presente estudo **confirmam, em parte, a tese inicial**: “A formação dos estudantes dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia de uma universidade no Sul do Brasil contempla o conhecimento e adoção de um conceito ampliado de saúde, o conhecimento do conceito e uso adequado do Letramento em Saúde, bem como a educação em saúde em uma perspectiva dialógica, refletindo, assim, em um cuidado em saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde.”.

A tese foi confirmada, em parte, porque alguns estudantes ainda possuíam uma visão mais restrita de saúde, bem como elementos de uma educação em saúde tradicional, e, em uma perspectiva geral, a formação não contemplou o conceito de LS na visão dos estudantes. Ainda assim, a maior parte contemplou o conceito ampliado, a educação em saúde dialógica e o uso de elementos relacionados ao LS, o que, apesar de ainda haver resquícios de uma

formação tradicional, esta consegue refletir em ensino, prática e cuidados voltados à promoção da saúde, prevenção de doenças e ao SUS.

Como limitações do estudo, destaca-se o número limitado de participantes na pesquisa que, apesar de aplicar todas as possibilidades de convite e chamamento dos estudantes, não obteve o retorno previsto. Isso impossibilitou demonstrar a visão de todos ou de uma maior parte dos estudantes do último ano. Além disso, devido à impossibilidade de realizar a pesquisa de maneira presencial, em função da pandemia de COVID-19 estar vigente na época de coleta de dados, aliando-se às limitações na abordagem da entrevista de maneira online, como oscilação da internet, áudio baixo e atraso na transmissão (*delay*) que geraram dificuldades comunicativas entre o entrevistado e o entrevistador, podem ter afetado a qualidade da exploração das temáticas durante as entrevistas.

REFERÊNCIAS

- AHMADY, S.; SHAHBAZI, S.; KHAJEALI, N. Comparing the effect of traditional and role-play training methods on nursing students' performance and satisfaction in the principles of patient education course. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 10, 2021.
- ALDRIWESH, M. G.; ALYOUSIF, S. M.; ALHARBI, N. S. Undergraduate-level teaching and learning approaches for interprofessional education in the health professions: a systematic review. **BMC medical education**, v. 22, n. 1, p. 1-14, 2022.
- ALLEN, M. P. et al. Improving collaboration among health communication, health education, and health literacy. **NAM Perspectives**, July 10, 2017.
- ALMALEH, R. et al. Assessment of health literacy among outpatient clinics attendees at Ain Shams University Hospitals, Egypt: a cross-sectional study. **Public health**, v. 151, p. 137-145, 2017.
- ALMEIDA, A. H.; CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde: ensino de educação em saúde emancipatória. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 9, n. 1/2/3, p. 081-095, 2018.
- ALMEIDA FILHO, N. de. & JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(4): 879-889, 2002.
- ALMEIDA, L. P. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, Feb. 2008.
- ALMOMANI, M. H. et al. Effects of a health education intervention on knowledge and attitudes towards chronic non-communicable diseases among undergraduate students in Jordan. **Nursing Open**, v. 8, n. 1, p. 333-342, 2021.
- ALMEIDA, M. J., et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 31, n. 2, p. 156 – 165, 2007.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. **JAMA.**, v. 281, n. 6 ,p. 552–7, 1999.
- APOLINARIO, D. et al. Cognitive predictors of limited health literacy in adults with heterogeneous socioeconomic backgrounds. **J Health Psychology**, v. 20, n. 12, p. 1613-1625, 2015.
- APOLINARIO, D. et al. Detecting limited health literacy in Brazil: development of a multidimensional screening tool. **Health promot Int**, v. 29, n. 1, p. 5-14, 2014.
- APOLINARIO, D. et al. Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking

Adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, Ago. 2012.

ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan. / jul. 2014.

BAKER, D. W. et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Educ Couns.**, Bethesda, v. 38, n. 1, p. 33-42, 1999.

BARBOSA, A. C. S. et al. Perfil de egressos de Enfermagem: competências e inserção profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

BARRETO, A. C. O. et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019.

BASAGOITI, I. **Alfabetización em salud**. De la información a la acción. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Disponível em: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/> Acesso em: 26 jan. 2019.

BATISTA, M. J. et al. Tradução, adaptação transcultural e avaliação psicométrica da versão em português (brasileiro) do 14-item Health Literacy Scale. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2847-2857, 2020.

BATISTELA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BEAUCHAMP, A. et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 678, 2015.

BERNARDES, V. P. et al. Facebook® como ferramenta pedagógica em saúde coletiva: Integrando Formação Médica e Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 652-661, 2020.

BERTUCCI, L. M. História da educação em saúde: um percurso. **Pensar a educação em revista**, v. 4, n 3, out-dez. 2018.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016.

BEZERRA, J. N. M. et al. Health literacy of individuals undergoing dialysis therapy. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

BISCARDE, D. G. S.; SANTOS, M. P.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 177-186, 2014.

BORGES, F. M. et al. Letramento em saúde de adultos com e sem hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 646-653, 2019.

BRAGA, K. L. et al. Revisão integrativa: experiências exitosas em educação em saúde. **Revista Conhecimento em Ação**, v. 6, n. 1, p. 187-199, 2021.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 10.172, de 9 de Janeiro de 2001**. Aprova o Plano Nacional de Educação (2001-2010) – PNE e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial da União, 2017a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015a.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior – CES/Conselho Nacional de Educação – CNE**. Diário Oficial da União, 2001b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- Saúde. Brasília (DF): 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília (DF): 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília-DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**– 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** – v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde** 2. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 44 p.

BRASIL. **Portaria Interministerial MEC/MS no 45, de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 2007b.

BRASIL. **Portaria Interministerial ME/MS Nº 1.001, de 22 de outubro de 2009**. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília-DF: 1990.

BRASIL. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, 1986.

BRASIL. **Resolução CNS 510 de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília-DF, 2016.

CAMPOS, A. A. L. et al. Fatores associados ao letramento funcional em saúde de mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Cad. Saúde Colet**, v. 1, p. 111, 2020.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2012.

CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, P. 631-638, ago. 2009.

CARVALHO, V. L. et al. Competências para promoção da saúde em formandos dos cursos da área da saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3269-3278, 2017.

CAVALCANTE, A. S. P. et al. As ligas acadêmicas na área da saúde: lacunas do conhecimento na produção científica brasileira. **Revista Brasileira de educação médica**, v. 42, p. 199-206, 2018.

CECILIO, S. G. et al. Estratégias de ensino utilizadas na formação do enfermeiro-educador: revisão integrativa. **Rev Rene**, v. 22, p. 68, 2021.

CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES (CHCS). **Health Literacy Fact Sheets**. Center for Health Care Strategies, 2013. Disponível em: <http://www.chcs.org> Acesso em: 07 Jan. 2021.

CHAHARDAH-CHERIK, S. et al. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. **International journal of community based nursing and midwifery**, v. 6, n. 1, p. 65, 2018.

CLOUSTON, S. A. P.; MANGANELLO, J.A.; RICHARDS, M. A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. **Age and ageing**, v. 46, n. 3, p. 493-499, 2017.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 177-184, 2012.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil** (Relatório final). 2008.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization: 2008.

CONTERNO, S. F. R.; STELLE, C. A. C. S. Concepção de saúde incorporada pela Base Nacional Comum Curricular Brasileira. **Góndola, Enseñanza y Aprendizaje de las Ciencias: Góndola, Ens Aprend Cienc**, v. 16, n. 2, p. 312-327, 2021.

COOMBS, C.; SAVOIE-ROSKOS, M. R.; ELNAKIB, S.. Engaging students through service-learning opportunities in public health. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, v. 51, n. 10, p. 1137, 2019.

CORIOLO-MARINUS, M. W. et al. Comunicação no cuidado em saúde: Concepções e vivências de discentes e docentes de Enfermagem. **New Trends in Qualitative Research**, v. 8, p. 828-837, 2021.

COSTA, A. C. P. et al. Educação e Saúde: a extensão universitária como espaço para tencionar e pensar a educação em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 4, p. 21616-21630, 2020.

- COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1183, 2018.
- COSTA, V. R. S. et al. Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019.
- COUTO, T. A.; SANTOS, R. M. M.; YARID, S. D. Educação em saúde na formação de discentes de enfermagem. **Revista Saúde.Com**, v. 14, n. 4, p. 1310-1316, 2018.
- CRUZ, A. R. et al. Formação e percepção do profissional médico sobre saúde pública. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 2, p. 80-89, 2018.
- CUBAKA, V. K. et al. 'He should feel your pain': Patient insights on patient-provider communication in Rwanda. **African Journal of Primary Health Care and Family Medicine**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2018.
- CUTILLI, C. C. et al. Health literacy, health disparities, and sources of health information in US older adults. **Orthopaedic Nursing**, v. 37, n. 1, p. 54-65, 2018.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- DAVIS, T. C. et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Family medicine**, v. 25, n. 6, p. 391-395, 1993.
- DAVIS, V. H. et al. Tipping point: integrating social determinants of health concepts in a college of nursing. **Journal of Nursing Education**, v. 60, n. 12, p. 703-706, 2021.
- DIAS, J. V. S.; AMARANTE, P. D. C. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 188-199, 2022.
- DICKENS, C. et al. Nurse overestimation of patients' health literacy. **J Health Commun**, v. 18, n. sup1, p. 62-69, 2013.
- DUONG, V. T. et al. Health literacy in Taiwan: A population-based study. **Asia Pac J Public Health**, v. 27, n. 8, p. 871-880, 2015.
- ECTOR, G. I. C. G. et al. Filling the gaps of patient information needs and information perception in chronic myeloid leukemia with the patient-physician co-produced web-based platform CMylife. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 3, p. 686-694, 2022.
- ESMERALDO, G. R. O. V. et al. Tensão entre modelo biomédico e estratégia saúde da família: percepções dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017.
- FABBRI, M. et al. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. **JACC: Heart Failure**, v. 8, n. 6, p. 451-460. 2020.

- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014.
- FARIAS, J. M.; MINGHELLI, L. C.; SORATTO, J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, p. 381-389, 2020.
- FARMANOVA, E.; BONNEVILLE, L.; BOUCHARD, L. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. **INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, v. 55, p. 0046958018757848, 2018.
- FEIJÃO, A. R.; GALVÃO, M. T. G. Ações de educação em saúde na atenção primária: revelando métodos, técnicas e bases teóricas. **Rev Rene**, v. 8, n. 2, p. 41-49, 2007.
- FERREIRA, J. F. M. F. et al. Educação em saúde na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, p. 59640, 2021.
- FIGUEIREDO, G. O.; ORRILLO, Y. A. D. Currículo, política e ideologia: estudos críticos na educação superior em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.
- FIGUEIREDO JÚNIOR, A. M. et al. A importância do processo de educação em saúde entre estudantes da área da saúde: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 11, p. e3003-e3003, 2020.
- FILHO, A. S.; JACINTO, P. M. S. O impacto das atividades extracurriculares no desenvolvimento estudantil. **Abatirá-Revista De Ciências Humanas E Linguagens**, v. 2, n. 3, p. 382-397, 2021.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 83, p. 380-387, 2009.
- FORBES, R. et al. Effectiveness of patient education training on health professional student performance: a systematic review. **Patient Education and Counseling**, v. 104, n. 10, p. 2453-2466, 2021.
- FORTIN, M. et al. Scaling up patient-centered interdisciplinary care for multimorbidity: a pragmatic mixed-methods randomized controlled trial. **The Annals of Family Medicine**, v. 19, n. 2, p. 126-134, 2021.
- FOWLER, T. et al. Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 9, n. 1, p. 1-5, 2020.
- FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. M. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 93-103, 2020.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

- FURLANETTO, D. L. C. et al. Reflexões sobre as bases conceituais das Diretrizes Curriculares Nacionais em cursos de graduação em saúde. **Comun Cienc Saude**, v. 25, n. 2, p. 193-202, 2014.
- GALLOTTI, F. C. M. et al. Formação do enfermeiro na perspectiva do cuidado integral e trabalho em equipe. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e24110111724-e24110111724, 2021.
- GARCIA JR, C. A. S.; YASUI, S. Reflexões sobre a formação para o SUS e sua articulação com a pesquisa e a in (ter) venção nos cenários das práticas e dos serviços. **Interação em Psicologia**, v. 22, n. 3, 2018.
- GARNEAU, A. B. et al. Integrating equity and social justice for indigenous peoples in undergraduate health professions education in Canada: a framework from a critical review of literature. **International Journal for Equity in Health**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2021.
- GASTALDI, A. B. et al. Concepções sobre educação em saúde de professores e estudantes de enfermagem à luz do pensamento complexo. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 3906-3927, 2020.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. Atlas: São Paulo, 2017.
- GHIASI, A. Health information needs, sources of information, and barriers to accessing health information among pregnant women: a systematic review of research. **The journal of maternal-fetal & neonatal medicine**, v. 34, n. 8, p. 1320-1330, 2021.
- GOERGEN, D. I.; FILHO, P. T. H. As ligas acadêmicas e sua aproximação com sociedades de especialidades: um movimento de contrarreforma curricular?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.
- GOMES, K. O. et al. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família no perfil epidemiológico da população rural de Airões, município de Paula Cândido (MG), 1992-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1473-1482, 2009.
- GONÇALVES, R. S. et al. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde de uma unidade básica de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 5811-5817, 2020.
- GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.
- GRADVOHL, S. M. O. SANTOS, L. R. G. Definição do Conceito de Saúde na Visão dos Concluintes de um Curso de Psicologia. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 9, n. 1/2/3, p. 041-048, 2018.
- GRIFFETH, E. et al. Health Literacy Perceptions and Knowledge in Pediatric Continuity Practices. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 6, n. 1, p. e51-e60, 2022.

GRILLO, L. P.; IBARRA, L. S.; MEZADRI, T.. Conceito ampliado de saúde na formação dos profissionais de educação física. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 2, p. 265-273, 2019.

GUARESCHI, N. M. F. et al. A formação em Psicologia e o profissional da saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v.61, n.3, p.35-45, 2009.

GUNN, C. M. et al. Engaging women with limited health literacy in mammography decision-making: perspectives of patients and primary care providers. **Journal of General Internal Medicine**, v. 36, n. 4, p. 938-945, 2021.

HADDAD, A. E. et al. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INDICADOR DE ANALFABETISMO FUNCIONAL (INAF). **INAF BRASIL 2011**: Indicador de Alfabetismo Funcional Principais resultados. 2012. Disponível em: http://acaoeducativa.org.br/antigo/images/stories/pdfs/informe%20de%20resultados_inaf2011.pdf Acesso em: 01 Dez. 2015.

_____. **INAF BRASIL 2018**: resultados preliminares. ONG Ação Educativa. Instituto Paulo Montenegro. 2018. Disponível em: <https://ipm.org.br/relatorios> Acesso em: 18 Dez. 2020.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. Washington, DC: National Academies Press; 2004. 33 p.

JACOBS, R. J. et al. A qualitative study examining health literacy and chronic illness self-management in Hispanic and non-Hispanic older adults. **Journal of multidisciplinary healthcare**, v. 10, p. 167, 2017.

JESUS, M. E. F. et al. Educação em saúde: concepções de discentes da graduação em enfermagem. **Brazilian Applied Science Review**, v. 3, n. 5, p. 2263-2275, 2019.

KAPER, M. S. et al. Developing and pilot testing a comprehensive health literacy communication training for health professionals in three European countries. **Patient education and counseling**, v. 101, n. 1, p. 152-158, 2018.

KAPER, M. S. et al. Effectiveness of a comprehensive health literacy consultation skills training for undergraduate medical students: A randomized controlled trial. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 1, p. 81, 2020.

KLÖCKNER, C. C. et al. Relationship between self-reported cognitive and behavioural empathy among medical students. **Patient education and counseling**, 2021.

KOMONDOR, K.; CHOUDHURY, R. Assessing Teach-Back Utilization in a Downtown Medical Center. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 3, p. e226-e232, 2021.

LEBLANC, P. et al. Assessing the implementation of community-based learning in public health: a mixed methods approach. **BMC medical education**, v. 22, n. 1, p. 1-10, 2022.

LEE, S. D. et al. Development of an easy-to-use Spanish Health Literacy test. **Health Serv Res**, Bethesda, v. 41, n. 4 Pt 1, p. 1392-412, 2006.

LEVIN-ZAMIR, D.; BERTSCHI, I. Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 8, p. 1643, 2018.

LIMA, J. P. et al. Letramento funcional em saúde de idosos com hipertensão arterial na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73 **supl.3**, 2020.

LIMA, M. F. G.; VASCONCELOS, E. M. R.; BORBA, A. K. O. T. Instrumentos utilizados para avaliar o letramento funcional em saúde de idosos com doença renal crônica: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

LUSTOSA, S. B. et al. Letramento funcional em saúde: experiência dos estudantes e percepção dos usuários da atenção primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

MACABASCO-O'CONNELL, A.; FRY-BOWERS, E. K. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. **Journal of Health Communication**, v. 16, n. sup3, p. 295-307, 2011.

MACHADO, A. et al. Letramento em Saúde e Envelhecimento: Foco em condições crônicas de saúde. **CIAIQ2014**, v. 2, 2015.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em Saúde**. UNA-SUS/ UNIFESP, 2012.

MACHADO, A. L. G. et al. Instrumentos de letramento em saúde utilizados nas pesquisas de enfermagem com idosos hipertensos. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 4, Dez. 2014.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 1, pp. 15-24.

MAGNAN, S. Social Determinants of Health 201 for Health Care: Plan, Do, Study, Act. **NAM perspectives**, v. 2021, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31478/201710c>
Acesso em: 10 Jan 2022.

MARAGNO, C. A. D. et al. Teste de letramento em saúde em português para adultos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190025, 2019.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2018.

- MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. Instrumentos de avaliação do letramento em saúde: revisão de literatura. **Audiology-Communication Research**, v. 22, 2017.
- MARQUES, S. R. L.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e fatores associados em adultos usuários da atenção primária. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 535-559, 2018.
- MARTINS, N. F. F. et al. Functional health literacy and adherence to the medication in older adults: integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, Aug 2017, vol.70, no.4, p.868-874.
- MARTINS, N. F. F. **Pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família: relação entre adesão à medicação e letramento funcional em saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2018. 139p.
- MARTINS, N. F. F. et al. Letramento funcional em saúde de pessoas idosas em uma unidade de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, e2937, 2019.
- MARTINS, N. F. F. et al. Relação entre adesão à medicação e letramento funcional em saúde em pessoas idosas. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, e48932327, 2020.
- MARTINS, R. A. S.; SOUZA, C. A. A educação em saúde no contexto da atenção primária em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 5, p. 282-288, 2017.
- MASAGÃO, S. L.; BOTTEGA, C. G. O conceito de saúde na ótica dos estudantes: contribuições para a formação de profissionais para o Sistema Único de saúde. **Revista Eletrônica Científica Da UERGS**, v. 3, n. 1, p. 63-82, 2017.
- MAZZU-NASCIMENTO, T. et al. Fragilidade na formação dos profissionais de saúde quanto à Língua Brasileira de Sinais: reflexo na atenção à saúde dos surdos. **Audiology-Communication Research**, v. 25, 2020.
- MCCLEARY-JONES, V. A systematic review of the literature on health literacy in nursing education. **Nurse educator**, v. 41, n. 2, p. 93-97, 2016.
- MCKENNA, V. B.; SIXSMITH, J.; BARRY, M. Facilitators and barriers to the development of health literacy capacities over time for self-management. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 4, n. 2, p. e104-e118, 2020.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde em Debate**. v. 38, n. spe, p. 69-82, 2014.
- MELNIC, I. et al. Tailoring nutrition and cancer education materials for breast cancer patients. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 2, p. 398-406, 2022.
- MINAYO, M. C. S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLL, M. F. et al. O enfermeiro na saúde da família e a promoção de saúde e prevenção de doenças. *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 3, 2019.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual: discursiva**. Editora Unijuí, 3ed., 2016. 264p.

MOR-ANAVY, S.; LEV-ARI, S.; LEVIN-ZAMIR, D. Health Literacy, Primary Care Health Care Providers, and Communication. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 3, p. e194-e200, 2021.

MOSLEY, C. M. ; TAYLOR, B. J. Integração do conteúdo de alfabetização em saúde ao currículo de enfermagem utilizando o modelo expandido de alfabetização em saúde. **Ensino e Aprendizagem em Enfermagem** , v. 12, n. 2, pág. 109-116, 2017.

MOURA, D. et al. Communication skills preparedness for practice: Is there a key ingredient in undergraduate curricula design?. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 3, p. 756-761, 2022.

NALOM, D. M. F. et al. Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 5, pp. 1699-1708, 2019.

NASCIMENTO, M. D. M. et al. Educação em saúde em uma universidade aberta à terceira idade: a experiência de estudantes de medicina. **Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco**, v. 10, n. 21, p. 55-83, 2020.

NETO, J. A. C. et al. Functional Health Literacy in chronic cardiovascular patients. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 1121-1132, 2019.

NEVES, V. N. S. et al. Utilização de lives como ferramenta de educação em saúde durante a pandemia pela COVID-19. **Educação & Sociedade**, v. 42, 2021.

NICOLAU, S. et al. Práticas de educação em saúde realizadas por enfermeiros para pacientes do programa Hiperdia. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 9, e9, 2018.

NONATO, A. C. et al. Apreensão e Compreensão do Conceito de Necessidades de Saúde para Estudantes de um Currículo Ativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 2, 2020.

NUTBEAM, D. Discussion paper on promoting, measuring and implementing health literacy-implications for policy and practice in non-communicable disease prevention and control. **World Health Organ**, p. 1-29, 2017.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promot Int**, v. 15, n. 3, p. 259-267, 2000.

NUTBEAM, D.; MUSCAT, D. M. Health promotion glossary 2021. **Health Promot Int**, v. 36, n. 6, p. 1578-1598, 2021.

OBSERVATÓRIO SOBRE INIQUIDADES EM SAÚDE (OIS) [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2012 Mar 27. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/03/observatorio-sobre-iniquidades-em-saude/>

OGRODNICK, M. M.; O'CONNOR, M. H.; FEINBERG, I. Health Literacy and Intercultural Competence Training. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 4, p. e283-e286, 2021.

OHTA, R. et al. Comprehensive care through family medicine: Improving the sustainability of aging societies. **Geriatrics**, v. 6, n. 2, p. 59, 2021.

OKAN, O. et al. **International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan**. Policy Press, 2019.

OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 15, n. 1, p. 234-245, 2017.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

OLIVEIRA, C. P. et al. Liga Acadêmica de Psicologia da Saúde: compromisso social e formativo. **ANALECTA-Centro Universitário Academia**, v. 5, n. 5, 2020.

OLIVEIRA, D. S.; CAETANO, G. L. N. Projeto de intervenção no território: avaliações de ações educativas sobre a transição do modelo biomédico para o de base comunitária. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 11, p. 62-85, 2021.

OLIVEIRA, S. R. G. de; WENDHAUSEN, Á. L. P. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978.

_____. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1948. Disponível em: <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>. Acesso em: 18 dez. 2020.

OSCALICES, M. I. L. et al. Health literacy and adherence to treatment of patients with heart failure. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9799, p. 11-31, 2011.

PALUMBO, R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. **Health services management research**, v. 30, n. 4, p. 197-212, 2017.

PANKO, T. L. et al. The Deaf Community's Experiences Navigating COVID-19 Pandemic Information. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 2, p. e162-e170, 2021.

PARKER, R. M. et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. **J. Gen. Intern. Med.**, v.10, n.10, p.537-41, 1995.

PASSAMAI, M. P. B. et al. Letramento Funcional em Saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.41, p.301-14, abr./jun. 2012.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; LIMA, J. W. O. **Letramento funcional em saúde de adultos no contexto do Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2013.

PASKULIN, L. M. G. et al. Health literacy of older people in primary care. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. spe1, 2012.

PATI, S.; SINHA, R.; MAHAPATRA, P. Health Communication and Inter-professional Care in Context of Multimorbidity Management: Assessment of Health Professional Curricular Focus in India. **Frontiers in Communication**, v. 6, p. 123, 2021.

PEDUZZI, M., SILVA, J. A. M., LEONELLO, V. M. A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e prática interprofissional. In: Mota A, Marinho AG, Schraiber LB, organizadores. **Educação, medicina e saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares**. Santo André (SP): UFABC, p. 141-72, 2018.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, Aug. 2013.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **ACM arq. catarin. med**, p. 183-196, 2018.

PINHAT, R. R. et al. Baixo letramento em saúde em pacientes idosos com pressão arterial não controlada em nível secundário de atenção à saúde. **HU rev**, p. 13-21, 2019.

PUEYO-GARRIGUES, M. et al. Health education: A Rogerian concept analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 94, p. 131-138, 2019.

PUEYO-GARRIGUES, M. et al. NURSES'knowledge, skills and personal attributes for providing competent health education practice, and its influencing factors: A cross-sectional study. **Nurse Education in Practice**, v. 58, p. 103277, 2022.

PUSCHEL, V. A. A. et al. O enfermeiro no mercado de trabalho: inserção, competências e habilidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 6, p. 1220-1226, 2017.

RAMOS, F. B. P. et al. A educação em saúde como ferramenta estratégica no desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão do HIV: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 19, p. e509-e509, 2019.

- REDICAN, K. J. Health Literacy and Health Education: Research and Practical Applications. **American Journal of Health Education**, v. 52, n. 6, p. 321-322, 2021.
- REIS, D. C. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M.F.; REIS, D.C.; MARQUES, R.C. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 2, p. 219-23, 2013.
- RIBAS, K. H.; ARAÚJO, A. H. I. M. A importância do Letramento em Saúde na Atenção Primária: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 16, p. e493101624063-e493101624063, 2021.
- RICARDO, M. P. F. et al. Medical student in the family health strategy on the first years of college: perception of graduates. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 178-183, 2014.
- RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito?. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 812-817, 2011.
- RIOS, D. R. S.; SOUSA, D. A. B.; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180080, 2019.
- ROCHA, M. R. et al. Letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso do diabetes Mellitus tipo 2. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019.
- ROLLS, C. A. et al. The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation. **Cardiovascular therapeutics**, v. 35, n. 6, p. e12304, 2017.
- ROMERO, S. S.; SCORTEGAGNA, H. M.; DORING, M. Nível de letramento funcional em saúde e comportamento em saúde de idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018.
- RUGGERI, B. et al. A Strategy for Teaching Health Literacy to Physician Assistant Students. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 1, p. e70-e77, 2021.
- RUKHSANA, A. Socially responsible students and improved health for community-the benefits of service-learning in Pakistan. **Education for Health**, v. 33, n. 2, p. 61, 2020.
- SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.
- SALES, N. B. et al. Health Literacy of Patients from a Screening Service for Breast Cancer of Brazilian Public Health System. **International journal of Nursing Didactics**, v. 5, n. 02, p. 16-20, 2015.

SAMPAIO, H. A. C. et al. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 865-874, 2015.

SÁNCHEZ, J. L. C. Alfabetización en salud y cuidados: mucho más que educar en salud. **Metas de enfermería**, v. 22, n. 5, p. 3-3, 2019.

SANDERS, C. D. M. Conceito de saúde na perspectiva de docentes e discentes de um curso de educação física. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza (CE): 2019.

SAND-JECKLIN, K. et al. Educating nursing students about health literacy: From the classroom to the patient bedside. **The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 3, 2010.

SANTANA, J. F. et al. Desafios e potencialidades da alfabetização em saúde no contexto do empoderamento: revisão sistemática da literatura. **Revista InterScientia**, v. 5, n. 2, p. 211-224, 2017.

SANTILI, P. G. J.; TONHOM, S. F. R.; MARIN, M. J. S. Educação em saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 102-110, 2017.

SANTOS, A. S. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, p. 258-268, 2006.

SANTOS, F. A. L. et al. Relação entre estratégias de ensino, participação em grupos de estudo e aprendizagem em acadêmicos do Ensino Superior. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e495985996-e495985996, 2020.

SANTOS, F. F. et al. Desempenhos na Área de Competência Educação em Saúde: Autoavaliação de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 3, 2020.

SANTOS, L. R. G.; GRADVOHL, S. M. O. Definição do Conceito de Saúde na Visão dos Concluintes de um Curso de Psicologia. **Saúde & Transformação Social**, v. 9, n. 1/2/3, p. 041-048, 2018.

SANTOS, M. I. P. O. et al. Letramento funcional em saúde na perspectiva da Enfermagem Gerontológica: revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 651-664, set. 2015.

SARWAR, M. R.; IFTIKHAR, S.; SARFRAZ, M. Influência do nível de educação de pacientes mais velhos sobre polifarmácia, medicamentos potencialmente inapropriados listados nos critérios da cerveja e hospitalização não planejada: um estudo transversal em lahore, Paquistão. **Medicina**, v. 54, n. 4, pág. 57, 2018.

SAUNDERS, C.; PALESY, D.; LEWIS, J. Systematic review and conceptual framework for health literacy training in health professions education. **Health Professions Education**, v. 5, n. 1, p. 13-29, 2019.

SCHILLINGER, D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 3, p. e234-e243, 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SCORUPSKI, R. M. et al. Vídeos educativos em aleitamento materno: educação em saúde online. **Extensão em Foco**, n. 21, 2020.

SIMÕES, M. S. Estudo dos conceitos de saúde que influenciam o processo saúde-doença no território da Unidade Básica de Saúde José Edites no município de Itabuna, Bahia. **Dissertação (Mestrado)**, Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz Ilhéus, BA: UESC, 2017. 67f.

SILVA-ARIOLI, I. G. et al. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013.

SILVA, C. M. C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, 2010.

SILVA, E. F. et al. Formação do Psicólogo no SUS: revisando a base de sua formação. **Percursos Acadêmicos**, v. 7, n. 13, p. 230-246, 2017.

SILVA, E. G. et al. Letramento em saúde e prevenção do câncer do colo de útero. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 43439-43448, 2020.

SILVA, F. D.; SACCOL, J. P.; BATISTA, A. K. Vídeo como ferramenta remota de educação em saúde: ações extensionistas interprofissionais durante a pandemia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e38910313474-e38910313474, 2021.

SILVA, L. A. N. et al. Acesso e acolhimento na Atenção Básica da região Oeste do Pará. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 742-754, 2019.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240p.

SIMONSMEIER, B. A. et al. What sixty years of research says about the effectiveness of patient education on health: a second order meta-analysis. **Health Psychology Review**, p. 1-25, 2021.

SMITH, S. G. et al. Social isolation, health literacy, and mortality risk: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. **Health Psychology**, v. 37, n. 2, p. 160, 2018.

SOARES, A. N. et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 25, Abr. 2004.

SOARES, M. **Letramento**: um tema em três gêneros. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SOMMER, I.; TITSCHER, V. Information needs in relation to childhood vaccinations in Austria. **European Journal of Public Health**, v. 31, n. Supplement_3, p. ckab165. 399, 2021.

SØRENSEN, K., et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 6, p. 1053-8, 2015.

SØRENSEN, K. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80> Acesso em: 10 Dez. 2019.

SOUSA, J. A. et al. Participação popular em um município do interior do Ceará: análise a partir da percepção de enfermeiros e gerentes da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 24, n. 3, 2021.

SOUZA, D. C. **A educação em saúde na formação do enfermeiro**: Um espaço Emancipatório. Tese (doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA FILHO, P. P.; MASSI, G. A. A.; RIBAS, A. Escolarização e seus efeitos no letramento de idosos acima de 65 anos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 589-600, 2014.

SOUZA, L. O.; FIGUEIREDO, W. S.; MACHADO, M. L. T. As práticas de educação em Diabetes vivenciadas no SUS: Uma discussão da literatura com ênfase na Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

STARS, I. Health literacy as a challenge for health education. In: **SHS Web of Conferences**. EDP Sciences, p. 02004, 2018.

STHAL, H. C.; LEAL, C. R. A. A. Educação popular como política de saúde: interfaces com a formação profissional em saúde. **Cadernos de Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 125-138, 2017.

SVENSBERG, K. et al. Patients' perceptions of medicines information received at hospital discharge in Norway: a qualitative interview study. **International journal of clinical pharmacy**, v. 43, n. 1, p. 144-153, 2021.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International journal for quality in health care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TORONTO, C. E.; WEATHERFORD, B. Health literacy education in health professions schools: an integrative review. **Journal of Nursing Education**, v. 54, n. 12, p. 669-676, 2015.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Competências de Leitura, Escrita e Aritimética em uma Perspectiva de Aprendizagem ao Longo da Vida. UNESCO expert meeting. Paris: Unesco, 2017.

VAN DER HEIDE, I. et al. Factors Affecting Health Literacy as Related to Asthma and COPD Management: Learning from Patient and Health Care Professional Viewpoints. **HLRP: Health Literacy Research and Practice**, v. 5, n. 3, p. e179-e193, 2021.

VELOSO, T. M. C. A formação de profissionais de saúde: um olhar para o eixo da Atenção Primária à Saúde. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP): 2016.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 215-244, Mar. 2014.

VERGARA, M. The deficient public health perspective in the Chilean health care system. **Revista Medica de Chile**, v. 149, n. 9, p. 1347-1351, 2021.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, M. S. N.; MATIAS, K. K.; QUEIROZ, M. G. Educação em saúde na rede municipal de saúde: práticas de nutricionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 455-464, 2021.

VIEIRA, S. P. et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 189-207.

VILLANUEVA-CABEZAS, J. P. et al. One Health education should be early, inclusive, and holistic. **Lancet Planet Health**; 6(3): e188-e189, 2022.

WILESMITH, S.; LAO, A.; FORBES, R. New-graduate physiotherapists' self-efficacy and preparedness for patient education practice: A mixed methods study. **Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal**, v. 21, n. 3, p. 44-64, 2020.

WOOLLEY, A. K. et al. Online patient education interventions in type 2 diabetes or cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. **Primary care diabetes**, v. 13, n. 1, p. 16-27, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health promotion glossary**. Geneva, WHO, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> Acesso em: 10 Dez. 2018.

_____. Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986.

WU, Y. et al. Prevalence and risk factors of low health literacy: a community-based study in Shanghai, China. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 6, p. 628, 2017.

YUAN, H. B. Evaluation of Nursing Undergraduates' Performance in Patient Education within a High-Fidelity Simulation. In: **2021 5th International Conference on Education and Multimedia Technology**. 2021. p. 85-90.

ZAMPROGNA, K.M. et al. A construção do conceito de saúde entre estudantes de medicina, enfermagem e odontologia. **Saúde & Transformação Social**, v. 11, n. 2, p. 110-121, 2020.

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Sexo:

Idade:

Ano de ingresso no curso:

Atua profissionalmente na área da saúde: Não Sim

Onde? _____

Realizou ou realiza atividades extracurriculares: Ensino Pesquisa Extensão

Outros

Roteiro entrevista semiestruturado:

1. Como foi/é sua formação em relação ao SUS? Como você vê sua formação em relação ao cuidado na perspectiva do SUS?
2. O que é promoção da saúde e prevenção de doenças? De que modo Você acha que sua formação contemplou isso?
3. Como realizar um cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças?
4. O que é saúde? De que modo sua formação contemplou em relação a conceitos de saúde?
5. O que você entende por educação em saúde? De que modo sua formação contemplou a educação em saúde?
6. O que na sua opinião é importante para realizar as atividades de educação em saúde?
7. Você sabe o que é LS? Já ouviu falar sobre? (Apresentar o conceito...)
8. Você prestou assistência a pessoas com dificuldades no LS durante sua formação? Como você identificou essa dificuldade?
9. O que, na sua opinião, é preciso para melhorar o LS dessas pessoas que você atendeu?
10. Na sua opinião existe relação entre educação em saúde e LS?
11. Como você vê sua formação em relação ao LS?

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG) PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está convidado a participar da pesquisa intitulada “RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E O CUIDADO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, sob a responsabilidade de Nidia Farias Fernandes Martins, Enfermeira e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A pesquisa tem como objetivos: compreender a relação do conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS); compreender de que modo a formação em educação em saúde desses estudantes reflete no cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS; compreender a relação entre o conceito e uso do LS desses estudantes com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS. Essa pesquisa justifica-se pela importância da formação em saúde em uma perspectiva ampliada, de acordo com os pressupostos e diretrizes do SUS, conforme preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde. Esta pesquisa atende a Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Devido à emergência de saúde pública em função da pandemia de COVID-19, os dados serão coletados por meio de entrevista online, por meio de um roteiro semiestruturado e gravadas com gravador de voz. Caso haja melhora na condição epidemiológica e de saúde pública, com retorno de atividades presenciais na Universidade, prevê-se a realização das entrevistas de maneira presencial, em sala do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) destinada a este fim. Os dados serão utilizados somente nessa pesquisa, que garante seu anonimato e privacidade, bem como a confidencialidade dos dados em todas as suas fases. No que se refere aos riscos da pesquisa, estes são mínimos, podendo acarretar um certo desconforto causado por algumas questões incluídas no roteiro da entrevista. Frente a esses riscos, você pode interromper imediatamente sua participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo, e caso necessite, será prestada assistência imediata, integral e gratuita. Quanto aos benefícios, não há nenhum imediato, contudo a pesquisa poderá contribuir para a sua reflexão sobre as práticas e o cuidado voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS, contribuindo para sua futura prática profissional, além da apreensão de conceitos relacionados à temática da pesquisa. Sua participação é livre de despesas pessoais e compensação financeira, e se existir qualquer despesa adicional, essa será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Você terá o direito e liberdade de recusa de sua participação na pesquisa, bem como a retirada do seu consentimento em qualquer tempo, sem que haja nenhum prejuízo. Você tem direito ao acesso aos resultados parciais e/ou finais da pesquisa, apresentados por meio de publicação em eventos ou periódicos científicos. Caso haja qualquer dano decorrente da pesquisa, é previsto o direito à indenização, nos termos da lei.

Você pode a qualquer momento esclarecer eventuais dúvidas ou questionamentos em relação à pesquisa. Para tanto, estão disponibilizados os contatos: Pesquisadora responsável: Nidia Farias Fernandes Martins – endereço: Rua Costa Rica, 737 – Rio Grande – RS, CEP: 96.212-020, telefone: (53) 98411.7266, e-mail: nidiaffmartins@gmail.com. Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG) - Endereço: segundo andar do prédio das pró-reitorias, carreiros, avenida Itália, Km 8, bairro carreiros, Rio Grande-RS. E-mail: cep@furg.br, telefone: (53) 32373013. O CEP/FURG é um comitê responsável pela análise e aprovação ética de todas as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, assegurando o respeito pela identidade, integridade, dignidade, prática da solidariedade e justiça social. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue a você, constando a assinatura da pesquisadora responsável e a outra via, quando assinada, sob responsabilidade da pesquisadora. Caso o consentimento seja via áudio, é garantido o acesso ao mesmo sempre que desejar.

Declaro que aceito participar da pesquisa.

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Data: _____



Nidia Farias Fernandes Martins
Pesquisadora responsável

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - FURG



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE PESQUISA – COMPESQ

EENF ESCOLA DE ENFERMAGEM

eenf.compesq@furg.br

AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM - FURG

Declaro que para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP- FURG, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “Relação entre a formação e o cuidado para promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do Sistema Único de Saúde”, de responsabilidade da pesquisadora: Nidia Farias Fernandes Martins.

Declaro, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizo a sua execução nos termos propostos.

COMPESQ
Universidade Federal do Rio Grande – FURG
Escola de Enfermagem

Leonardo M. Batista.

Atenciosamente
COMPESQ

Rio Grande, 22/03/21

ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FURG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E O CUIDADO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45146121.8.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.715.054

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "avaliação dos Riscos de Benefícios" foram retiradas do arquivo de Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1721261.pdf, gerado em 26/04/2021) e/ou do Projeto Detalhado.

Resumo da proposta: "A formação profissional em saúde é, historicamente, atrelada ao modelo biomédico de saúde. A criação e consolidação do Sistema Único de Saúde traz a necessidade de reorganização dos processos ensino-aprendizagem nas Instituições de Ensino Superior, para que as profissões da área da saúde cumpram seu papel na qualidade do cuidado prestado e levem em conta as necessidades da população, principalmente voltado a ações efetivas em promoção da saúde e prevenção de doenças. Têm-se como objetivos: compreender a relação do conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da Universidade Federal do Rio Grande com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do Sistema Único de Saúde; compreender de que modo a formação em educação em saúde desses estudantes reflete nesse cuidado; compreender a relação entre o conceito e uso do Letramento em Saúde desses estudantes com esse cuidado. O estudo terá abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. Os participantes serão

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.715.054

estudantes do último ano dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande, em um percentual de no mínimo 30% de participantes por curso. Devido à emergência de saúde pública em função da pandemia de COVID-19, os dados serão coletados por meio de entrevista online, por meio de um roteiro semiestruturado e gravadas com gravador de voz. Caso haja melhora na condição epidemiológica e de saúde pública, com retorno de atividades presenciais na Universidade, prevê-se a realização das entrevistas de maneira presencial, em sala do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) destinada a este fim. A coleta é prevista a ocorrer entre maio a agosto de 2021, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. A análise dos dados ocorrerá por meio de Análise Textual Discursiva. Serão respeitados os aspectos éticos, de acordo com a Resolução 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Será fornecido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Este estudo é relevante e pretende enriquecer as discussões e reflexões em relação à formação de profissionais da área de enfermagem, medicina e psicologia na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Na expectativa de instigar modificações nas práticas pedagógicas e currículos, principalmente aqueles voltados ao modelo biomédico de saúde, dentro das estruturas de ensino superior em saúde no Brasil. Visto as implicações que uma formação fragmentada pode trazer, como a priorização do enfoque clínico em detrimento às ações de promoção e prevenção, podem causar impactos diretos na saúde e qualidade de vida da população, modificar e desqualificar a atenção à saúde prestada. Também poderá instigar reflexões e discussões frente às práticas profissionais privativas e interdisciplinares, impulsionando a busca constante de conhecimentos e de práticas relacionadas ao conceito de saúde, educação em saúde e Letramento em Saúde, tanto na academia quanto nos ambientes de trabalho, bem como o seu impacto para o cuidado integral no Sistema Único de Saúde e o empoderamento dos indivíduos quanto à gestão de sua saúde e qualidade de vida."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a relação do conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS;- Compreender de que modo a formação em educação em saúde de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carneiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.715.054

reflete no cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS.- Compreender a relação entre o conceito e uso do LS de estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

são mínimos, pois não existirão riscos à integridade física dos participantes, sendo que os possíveis riscos estão associados a uma mobilização de sentimentos que poderá ocasionar um desconforto emocional. Em caso de ocorrência de dano de qualquer natureza, as pesquisadoras se comprometem em garantir ao estudante a assistência imediata, integral e gratuita.

Benefícios:

não há nenhum imediato, contudo a pesquisa poderá contribuir para a reflexão sobre as práticas e o cuidado dos formandos participantes dessa pesquisa, na perspectiva do SUS, contribuindo para sua futura prática profissional, além da apreensão de conceitos relacionados à temática da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e unicêntrico. Possui caráter acadêmico, realizado para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem, pelo PPG em Enfermagem da FURG.

Número de participantes previsto: 107

Data de início: 03/2021

Data de fim: 03/2022

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente nº 4.653.169 emitido pelo CEP em 15/04/2021

1. Pendência: No documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1721261.pdf" e "Projeto_CEP.doc", solicita-se que a pesquisadora insira, no item "Metodologia/Coleta de dados", o tempo que o/a participante terá para responder e o número de tentativas para recolhimento dos

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.715.054

dados, conforme Norma Operacional CNS N° 001 de 2013, item 3.4.1 subitem 8;

RESPOSTA: "Foram acrescentadas as solicitações na Plataforma Brasil e no capítulo "METODOLOGIA", subcapítulo "PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS", na página 63-64, do documento "Projeto_CEP"."

ANÁLISE: atendida.

2. Pendência: No documento intitulado "PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1721261.pdf" e "Projeto_CEP.doc", solicita-se que a pesquisadora apresente, no item "Riscos", a afirmação de que "Os pesquisadores garantem assistência IMEDIATA, integral e gratuita", conforme Resolução CNS N° 510 DE 2016 art 3, item X;

RESPOSTA: "Foi acrescentada a solicitação no item "Riscos" da Plataforma Brasil, bem como no capítulo "METODOLOGIA", subcapítulo "ASPECTOS ÉTICOS", na página 66, do documento "Projeto_CEP"."

ANÁLISE: atendida.

3. Pendência: No documento intitulado "TCLE", solicita-se ao pesquisador inserir:

a) a afirmação de que não haverá prejuízos para o participante que retirar o consentimento, conforme Resolução CNS N° 510 de 2016, item 17.III;

b) a afirmação de que o participante tem direito à indenização por danos ocorridos da pesquisa, nos termos da lei, conforme Resolução CNS N° 510 de 2016, item 17.VII;

RESPOSTA: "Foram acrescentadas as solicitações no documento "TCLE" e no "APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO" do documento "Projeto_CEP"."

ANÁLISE: atendida.

4. Salienta-se a necessidade de que as informações inseridas na Plataforma Brasil (arquivo Informações Básicas) sejam as mesmas descritas no projeto anexado, de acordo com a Instrução Normativa N° 06/2019, Art. 4º, parágrafo único;

RESPOSTA: "As informações inseridas são as mesmas contidas no projeto anexado."

ANÁLISE: atendida.

5. No documento "Informações Básicas" do projeto, solicita-se o cadastro de todos os pesquisadores envolvidos, conforme Manual do Pesquisador, versão 3.2 de 2018, p.26-27.

RESPOSTA: "Foram cadastrados os pesquisadores envolvidos (orientador e coorientador do Projeto

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.715.054

de Tese) em "Equipe de Pesquisa", na Plataforma Brasil, conforme solicitado e de acordo com o Manual do Pesquisador."

ANÁLISE: atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d. O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (<https://propesp.furg.br/pt/comites/cep-furg>) e o seu prazo final é 10/05/2022.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1721261.pdf	26/04/2021 21:27:02		Aceito
Outros	Carta_Resposta.doc	26/04/2021 21:23:27	NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.doc	26/04/2021 21:23:07	NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	26/04/2021 21:22:15	NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	29/03/2021 16:50:25	NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	29/03/2021 16:42:15	NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_PB.pdf	29/03/2021 16:27:03	NIDIA FARIAS FERNANDES MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br



Continuação do Parecer: 4.715.054

Não

RIO GRANDE, 17 de Maio de 2021

Assinado por:
Camila Dalane Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil.
Bairro: Campus Carreiros **CEP:** 96.203-900
UF: RS **Município:** RIO GRANDE
Telefone: (53)3237-3013 **E-mail:** cep@furg.br

ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DAS COORDENAÇÕES DOS CURSOS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Autorização Coordenação de Curso de Enfermagem:

APÊNDICE III – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS COORDENAÇÕES DOS CURSOS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Solicitamos autorização da Coordenação do Curso de Enfermagem, para a realização da pesquisa intitulada: “RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E O CUIDADO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, sob a responsabilidade de Nidia Farias Fernandes Martins, Enfermeira e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A pesquisa tem como objetivos: compreender a relação do conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS; compreender de que modo a formação em educação em saúde desses estudantes reflete no cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS; compreender a relação entre o conceito e uso do LS desses estudantes com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS. Essa pesquisa justifica-se pela importância da formação em saúde em uma perspectiva ampliada, de acordo com os pressupostos e diretrizes do SUS, conforme preconiza as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde. A pesquisa atende aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG), sendo aprovada pelo parecer nº 4.715.054 (CAAE: 45146121.8.0000.5324) e atende a Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.



Nidia Farias Fernandes Martins
Pesquisadora responsável

Espaço destinado ao preenchimento da Coordenação do Curso

(X) Autorizo
() Não autorizo


Prof.ª Dr.ª Daiani Mademel Xavier
Coordenadora do Curso de Enfermagem
Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Assinatura

Data: 02/07/2021

Autorização Coordenação de Curso de Medicina:

**SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO Pesquisa Tese de Doutorado -
Coleta de dados**

IA Medicina Administração <medicina.adm@furg.br>

Para: Você

↶ ↷ → ..

Ter, 08/06/2021 13

Prezada Nidia,

Encaminhamos manifestação da Coordenação do Curso.

Atenciosamente,

Administração

FAMED

(53) 3237- 4625

www.medicina.furg.br



De:

Para: "medicina adm" <medicina.adm@furg.br>

Enviadas: Sexta-feira, 21 de maio de 2021 16:33:07

Assunto: Re: Pesquisa Tese de Doutorado - Coleta de dados

Não vejo problema nenhum, agora.

Anteriormente respondi que não, porque pediram que passasse o email dos alunos, e não cabe à coordenação a divulgação destes dados.

Desde que se passe o link da pesquisa, não vejo problema.

Att

Prof. Drª Fabiane Gatti

Coordenadora do Curso de Medicina

Administração

FAMED

(53) 3237- 4625

www.medicina.furg.br

Autorização Coordenação de Curso de Psicologia:

**APÊNDICE III – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DAS COORDENAÇÕES DOS
CURSOS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Solicitamos autorização da Coordenação do Curso de _____Psicologia____, para a realização da pesquisa intitulada: “RELAÇÃO ENTRE A FORMAÇÃO E O CUIDADO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE”, sob a responsabilidade de Nidia Farias Fernandes Martins, Enfermeira e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A pesquisa tem como objetivos: compreender a relação do conceito de saúde manifestado por estudantes dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia da FURG com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS; compreender de que modo a formação em educação em saúde desses estudantes reflete no cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS; compreender a relação entre o conceito e uso do LS desses estudantes com o cuidado voltado para a promoção da saúde e prevenção de doenças na perspectiva do SUS. Essa pesquisa justifica-se pela importância da formação em saúde em uma perspectiva ampliada, de acordo com os pressupostos e diretrizes do SUS, conforme preconiza as diretrizes curriculares nacionais para os cursos da área da saúde. A pesquisa atende aos requisitos do Comitê de Ética em Pesquisa da FURG (CEP-FURG), sendo aprovada pelo parecer nº 4.715.054 (CAAE: 45146121.8.0000.5324) e atende a Resolução nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.



Nidia Farias Fernandes Martins
Pesquisadora responsável

Espaço destinado ao preenchimento da Coordenação do Curso

- (X) Autorizo
() Não autorizo



Assinatura

Data: 19/ 05/ 2021__