

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

Trabalho, Educação e Saúde

ISSN: 1678-1007

revtes@fiocruz.br

Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio

Brasil

Rufino Delfino, Maria Regina; Patrício Karnopp, Zuleica Maria; Quirino Polli Rosa, Mary
Rosane; Ribeiro Pasin, Roseli

REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE ENSINAR-APRENDER EM SERVIÇOS DE
SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 10, núm. 2, julio-outubre, 2012, pp. 315-333

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756997007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

REPERCUSSÕES DO PROCESSO DE ENSINAR-APRENDER EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS

REPERCUSSIONS OF THE TEACHING-LEARNING PROCESS IN HEALTH SERVICES IN THE QUALITY OF LIFE OF USERS

Maria Regina Rufino Delfino¹

Zuleica Maria Patrício Karnopp²

Mary Rosane Quirino Polli Rosa³

Roseli Ribeiro Pasin⁴

Resumo Estudo de abordagem qualitativa cujo objetivo foi o de conhecer percepções de usuários de serviços de saúde atendidos por docentes e alunos de cursos de graduação em saúde de uma universidade de Santa Catarina, Brasil, sobre a repercussão dessa participação na sua qualidade de vida e saúde. Os dados foram coletados pela técnica da entrevista em profundidade com vinte indivíduos que buscaram atendimento nos locais onde eram realizados os processos de ensino-aprendizagem. O processo de análise-reflexão-síntese dos dados, com base no referencial teórico adotado, evidenciou repercussões positivas na qualidade de vida e saúde dos usuários, particularmente em razão dos atributos identificados nas interações que mediaram o atendimento às necessidades específicas apresentadas por eles. O conjunto de categorias identificado nas interações professor-aluno-usuário pode ser caracterizado como um construto de atenção humanizada em processos de ensino-aprendizagem, o qual por si só, pelos seus atributos de cuidado, representa um espaço terapêutico e de realização para todos os participantes. Processos dessa natureza podem contribuir para a concretização das diretrizes curriculares, integradas às políticas públicas em saúde, as quais orientam para a assistência integral e humanizada, tendo em vista a atenção à saúde para promoção da qualidade de vida da população em diferentes contextos.

Palavras-chave processo ensino-aprendizagem; usuário de serviços de saúde; humanização da assistência; qualidade de vida; promoção da saúde.

Abstract This study had a qualitative approach, with the purpose of understanding users' perceptions of health services provided by professors and students of undergraduate courses in health at a university in the state of Santa Catarina, Brazil, and on the repercussions of this participation on their own health and quality of life. The data was collected by the in-depth interview technique from twenty individuals who sought treatment in locations where teaching-learning processes were carried out. The data analysis-reflection-synthesis process, based on the theoretical reference adopted, indicated positive repercussions on users' quality of life and health, particularly with regards to the attributes identified in interactions that permeated the treatment of the specific necessities presented by them. The set of categories identified in the professor-student-user interactions may be characterized as a construct of humanized attention in teaching-learning processes, which in and of themselves, represent a space for treatment and its execution for all the participants, because of their care-related attributes. Processes of this nature may contribute to the establishment of curricular directives, integrated with public health policies, which could be directed at full and humanized health care, considering the promotion of the quality of life of the population in different contexts.

Keywords the teaching-learning process; health service users; humanization of assistance; quality of life; health promotion.

Introdução

A temática que envolve a relação da saúde humana com a qualidade de vida tem sido objeto de vários estudos e programas de saúde ao longo destas últimas décadas. Vários desses estudos se baseiam no conceito de saúde definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em abril de 1948 – um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade – e no conceito ampliado de saúde da Declaração de Alma-Ata (na antiga Rússia), concebido como síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Chama-se atenção para o fato de que, desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, o conceito de saúde da OMS vem sendo revisado, em especial pela incorporação da dimensão ‘espiritualidade’ e pela concepção da saúde como um ‘estado dinâmico’.

Os estudos sobre essa temática, mesmo contrapondo-se à possibilidade do alcance de ‘um estado de completo bem-estar...’, admitem a positividade do conceito diante da expectativa que ele gera e introduzem concepções de saúde ligadas à qualidade de vida, considerando componentes relativos à subjetividade do indivíduo e às suas condições objetivas de sobrevivência e de transcendência.

Nesse contexto, destacam-se os trabalhos de alguns autores que são referência para a compreensão e o aperfeiçoamento desses conceitos ao longo destas últimas décadas, no campo da saúde coletiva brasileira, na perspectiva da promoção da saúde ligada à qualidade de vida, como Buss (2000), Minayo, Hartz e Buss (2000), Patrício (1995 e 1999), Akerman et al. (2003) e Westphal (2008).

A literatura que trata da temática evidencia que a abordagem tem apresentado, ao longo do tempo, cada vez mais um caráter interdisciplinar e intersetorial, associado às questões de cidadania, de direito e de dever de indivíduos de um dado contexto local, sem perder de vista questões globais que interferem nas decisões e nas condições relacionadas à atenção à saúde. No campo da saúde coletiva, os estudos apresentam como referencial a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual tem como base vários documentos que sintetizam deliberações de eventos mundiais sobre saúde que têm ocorrido desde 1978 (Brasil, 2006).

Especialmente a partir da década de 1980, a ênfase na compreensão da saúde relacionada com a qualidade de vida passou a fazer parte das agendas da saúde de forma cada vez mais marcante, como mostram a Carta de Otawa (1986), a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall (1991) e a Declaração de Bogotá (1992) (Brasil, 2002). Nos conteúdos desses documentos, além dessa ênfase, também são evidenciadas as expectativas de várias nações e a disposição política dos líderes participantes dos eventos

quanto à aplicação dos princípios de promoção da saúde em diferentes dimensões da vida individual e coletiva.

A Carta de Ottawa, documento resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, em novembro de 1986, define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo a maior participação no controle desse processo. Assim, para atingir um *estado de completo bem-estar físico, mental e social*, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente natural, político e social, bem como suas questões existenciais (Brasil, 2002).

A partir do documento que apresenta as Cartas da Promoção da Saúde (Brasil, 2002), a saúde no Brasil deve ser vista como um fenômeno ligado às condições humanas relacionadas aos seus recursos biológicos, ambientais, culturais, sociais e psíquicos. Desse ponto de vista, a saúde deve ser compreendida como um recurso para a vida e não como um objetivo da vida. Subjacente a esse conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (Brasil, 2002).

O Grupo de Qualidade de Vida (The World Health Organization Quality of Life Group – WHOQOL), criado pela OMS em 1995, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Organização Mundial da Saúde, 1998). Para esse grupo *qualidade de vida* é um construto *subjetivo* (percepção do indivíduo em questão), *multidimensional* e composto por *dimensões positivas* (como a mobilidade) e *negativas* (como a dor).

Diante da complexidade do tema e das suas implicações, percebe-se que a compreensão do significado de qualidade de vida depende do referencial que orienta a percepção que indivíduos e grupos têm sobre essa expressão. Entretanto, torna-se cada vez mais reconhecido o caráter multidimensional de seus atributos e a relação desses com a qualidade da saúde de indivíduos e populações.

O estudo de Buss (2000) é um exemplo dessa concepção. No seu texto, o autor sintetiza que proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida ‘vivida’, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nesse âmbito, destacam-se componentes ligados a desejos, expectativas, valores, condições e hábitos de vida do ser humano num dado contexto, particularmente expressos no cotidiano da sua vida (Buss, 2000).

As pesquisas apresentadas na obra de Patrício, Casagrande e Araújo (1999) exemplificam e discutem as concepções teóricas sobre a qualidade de vida e a promoção da saúde em suas múltiplas dimensões, enfatizando a importância da construção de ambientes saudáveis e da subjetividade das pessoas para a tomada de decisões e para a sustentação de hábitos que representam sua vida particular e coletiva. Com base em dados qualitativos, coletados em vários contextos sociais, os estudos analisados demonstram o significado das *interações sociais* que os indivíduos vivenciam no cotidiano – especialmente nos contextos dos processos de trabalho, da família, dos grupos pares e das instituições – para a promoção ou para a limitação de sua qualidade de vida e saúde (Patrício, Casagrande e Araújo, 1999).

Ao transportar a temática de ambiente saudável para o contexto da atenção nos serviços de saúde, subentende-se que a compreensão sobre a qualidade de vida dos usuários incorpora-se nas ações do cotidiano desses serviços. Considerando-se o processo de *interação social* que a busca pela saúde envolve e os respectivos processos de assistência à saúde, entende-se que a qualidade do serviço prestado repercute na promoção da saúde do usuário, portanto, é um fenômeno importante a ser pesquisado.

Os serviços de saúde têm procurado garantir nos seus atendimentos a satisfação plena de seus usuários e, concomitantemente à evolução tecnológica aplicada nesse contexto, ainda há a preocupação em melhorar a qualidade da atenção social prestada às pessoas. Na base das ações de saúde preconizadas na PNPS, está a orientação de que os profissionais de saúde desviem o olhar e a escuta da doença para perceber e compreender os sujeitos na sua particularidade e coletividade (Campos, Barros e Castro, 2004).

A Constituição brasileira legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de atenção, é orientado por diretrizes que dão valor legal ao exercício de uma prática de saúde voltada aos direitos humanos. Para tanto, suas diretrizes se pautam nos seguintes princípios: universalidade, que diz respeito à garantia de atenção à saúde para todo e qualquer cidadão; equidade, que garante o direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade; e integralidade, pelo qual a pessoa deve ser compreendida como um todo indivisível inserido numa comunidade, o que lhe confere também a perspectiva da promoção da saúde.

Nesse contexto, é possível perceber a importância de se considerar a subjetividade da demanda dos usuários em consonância com as diretrizes da PNPS, independentemente do nível de atenção em que esteja. Sendo assim, entende-se, com Coelho, Jorge e Araújo (2009), que, para haver um serviço voltado às necessidades da população, é preciso haver colaboração de todos os envolvidos nesse processo, de maneira que a divisão de saberes, as responsabilidades e o compromisso mútuo possam estabelecer uma nova

prática. Essa prática incluiria o repensar ético-político sobre o cotidiano dos serviços de saúde e fortaleceria o diálogo como forma de apoiar e estimular a criatividade e a singularidade dos indivíduos presentes nesse cotidiano.

Diversos estudos relacionam *qualidade da assistência com satisfação dos usuários* dos serviços de saúde. O estudo dos pesquisadores Akerman e Nadanovski (1992) integra o conjunto de trabalhos precursores na abordagem dessa temática. Os autores demonstram que não é possível afirmar que um serviço é de qualidade se os usuários não estiverem satisfeitos com o seu atendimento. Em consonância com o exposto, o estudo de Azevedo e Barbosa (2007) evidenciou fatores relativos à qualidade do atendimento que geram a satisfação, como os atributos rapidez no atendimento, resolubilidade e humanização. Para Esperidião e Trad (2006), a satisfação do usuário é considerada ainda uma meta a ser alcançada pelos serviços de saúde, devendo, portanto, ser pesquisada.

No contexto de cursos de graduação em saúde, como na Enfermagem, na Medicina ou na Odontologia, as diretrizes curriculares (Brasil, 2001) têm sido aplicadas nos respectivos projetos pedagógicos, com vistas ao incremento de atitudes que incentivem a participação da população nos processos de promoção e de tratamento de sua saúde. Nos serviços de saúde, o atendimento prestado à população deve gerar satisfação e bem-estar às pessoas a ponto de contribuir com a promoção de sua qualidade de vida. Para tanto, orienta-se que a atenção oferecida considere as características culturais integradas às especificidades das necessidades particulares e, em especial, que se considere o caráter de cidadão do indivíduo, conforme prescrito na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2007).

Nos processos de ensino-aprendizagem em serviços de saúde, professores e alunos desempenham atividades vinculadas ao papel de profissionais da equipe de saúde daqueles serviços, ao passo que a expectativa dos usuários é receber atendimento às suas necessidades. Entretanto, nem sempre os participantes desse processo conhecem seus deveres e seus direitos.

Procurou-se apresentar, por estudos relativos ao contexto brasileiro, as percepções de usuários de serviços de saúde, atendidos por docentes e alunos de cursos de graduação em saúde, sobre a repercussão desse trabalho na sua qualidade de vida e saúde. Entretanto, a busca não foi satisfatória. Há publicações relativas à qualidade de vida do trabalhador docente, como as de Rocha e Felli (2004), Lemos (2005) e Lopes (2006), e estudos ligados à satisfação do usuário com o atendimento do serviço de saúde, como os de Vaitsman e Andrade (2005) e Esperidião e Trad (2006).

Essas considerações geraram a seguinte pergunta: qual a repercussão de processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos por professores e alunos em serviços de saúde na qualidade de vida-saúde dos usuários participantes deste processo? Para respondê-la, foi realizada uma pesquisa de abordagem

qualitativa⁵ tendo como objetivo conhecer as percepções de usuários de serviços de saúde que participam dos processos de ensino-aprendizagem (PEA) de uma universidade de Santa Catarina acerca das repercussões dessa participação em sua qualidade de vida-saúde.

Foram utilizadas como referencial teórico, a princípio, as concepções sobre o tema que constam da PNPS, associadas às ideias dos autores apontados como referência na saúde coletiva do contexto brasileiro. Outros autores foram integrados a esse referencial durante a discussão dos dados, tendo em vista a análise qualitativa ter provocado a identificação de categorias e revelado um tema emergente que não representavam unidades de análise no projeto.

O termo 'usuário', utilizado neste estudo, foi adotado por estar presente no cotidiano das práticas de profissionais da saúde pública e de pesquisadores da saúde coletiva, e significa aquele cidadão atendido no serviço de saúde. Porém, Esperidião e Trad (2006) consideram que apesar de esse termo ser largamente empregado no Brasil, em publicações científicas e nos documentos oficiais, carece de melhor definição. Entretanto, a denominação usuário parece ser a mais apropriada, pois extrapola a terminologia de paciente (que denota passividade) e de cliente (aquele que paga o serviço), incorporando nesse conceito a noção de cidadania.

Método do estudo

Com base em Minayo (2004) e Bogdan e Biklen (2004), entende-se que cada objeto de estudo exige um método apropriado. Objetos relacionados a atitudes humanas requerem um método próprio para sua captação e compreensão em toda a sua complexidade particular e coletiva. Nessa perspectiva, a pesquisa caracterizou-se como um estudo exploratório de abordagem qualitativa.

O estudo foi desenvolvido em um hospital-escola e em ambulatórios-escola, incluindo-se unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), durante processos de ensino-aprendizagem caracterizados como 'aulas práticas' entre alunos e professores dos cursos de graduação de uma universidade de Santa Catarina que integram a área de saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia e Psicologia.

Os acadêmicos que participam, juntamente com os seus professores, da atenção ao usuário nesses locais são alunos matriculados no segundo ano do curso em diante. Esse aspecto é condicionado nos projetos pedagógicos dos referidos cursos, tendo em vista as diretrizes curriculares orientarem para a inserção precoce do aluno nos ambientes onde ocorrem os processos saúde-doença da população.

No ambiente do serviço ambulatorio-escola, as atividades que possibilitaram a interação entre usuários e professores e alunos, foram consulta médica, consulta de enfermagem e consulta odontológica, procedimento de enfermagem, atendimento psicológico, atendimento de fisioterapia, grupo terapêutico, reabilitação física e reabilitação psicossocial, e orientação e dispensação farmacêutica.

No ambiente do hospital-escola, a interação entre os usuários e os alunos e os professores ocorreu em variadas situações, dada às peculiaridades desse contexto. Nesse local, o atendimento ao usuário é realizado de maneira a inserir o aluno gradativamente no contexto da vida de pessoas internadas para tratamento de problemas de saúde que exigem atenção de média e alta complexidades.

As aulas práticas são desenvolvidas com base nos conteúdos específicos das disciplinas e em temas que emergem das situações vivenciadas durante o PEA. Incluem-se nessas práticas, além dos conhecimentos técnicos específicos, conhecimentos sobre educação em saúde, políticas públicas, perfil e exercício profissional, ética profissional, trabalho interdisciplinar e questões de cidadania ligadas aos direitos do usuário.

Participaram como sujeitos do estudo, vinte usuários, alfabetizados, de ambos os gêneros, predominando o feminino, na faixa etária de 40 a 50 anos. Esses indivíduos foram abordados no momento em que se retiravam do contexto do PEA e selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: ter participado de pelo menos três experiências de processos de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde onde a universidade realiza atividades acadêmicas e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta dos dados foi realizada por um docente pesquisador e um acadêmico da área da saúde. Diante da concordância do usuário em ser participante do estudo, os pesquisadores levaram a efeito as ações relativas aos aspectos éticos próprios para esse momento da pesquisa, de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas na resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2000).

A técnica de levantamento dos dados foi a entrevista em profundidade (Minayo, 2004), com apoio de um formulário próprio, elaborado pelo grupo de pesquisadores, composto por questões semiestruturadas. Para validação desse instrumento, foi realizado estudo-piloto com três usuários de cada ambiente, os quais não fizeram parte da amostra.

O formulário foi constituído por dois blocos de questões, além do espaço inicial onde constavam dados de identificação do participante. O primeiro bloco apresentava as questões relacionadas ao tema: a) Motivo pelo qual o usuário procurou o serviço; e b) Repercussões das ações desenvolvidas por alunos e professores da universidade na qualidade de vida-saúde do usuário. Com vistas a evitar vieses, antes da formulação das questões específicas

ao tema do estudo o usuário foi inquirido sobre a sua concepção de 'qualidade de vida'.

O segundo bloco incluiu questões complementares, voltadas para a finalização da entrevista, visando obter dos participantes sugestões em relação às atividades de ensino-aprendizagem (ações do professor e aluno com a população) para melhorar a sua qualidade de vida e as suas avaliações sobre a pesquisa, bem como possibilitar ao usuário fazer outros comentários, caso desejasse. O registro dos dados foi feito no próprio formulário.

A análise dos dados foi realizada durante o processo de coleta de dados, conforme preconizado na abordagem qualitativa. Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, com codificação e identificação de categorias, associada ao processo de análise-reflexão-síntese, com vistas à identificação de temas emergentes para posterior discussão, com o referencial existente e com outros autores, pertinente aos resultados encontrados (Minayo, 2004; Patrício, 1995; Bardin, 1991).

Apresentação e discussão dos resultados

A população de usuários participante do estudo apontou como motivos para terem procurado aqueles serviços de saúde fatores relacionados à qualidade da atenção prestada por alunos e professores da universidade e à conveniência do local.

O motivo mais apontado diz respeito à indicação de outras pessoas, como familiares, amigos e colegas de trabalho, que referiram ter tido uma 'boa experiência' quando atendidas naqueles serviços. Esse motivo, por si só, gerou no usuário a expectativa de ser 'melhor atendido', especialmente quando comparou essa experiência com a atenção que costumava receber em outros serviços de saúde da região, inclusive de caráter particular.

Houve, também, usuários que relataram frequentar sistematicamente esses serviços, após terem gostado de participar de atividades em grupos terapêuticos lá desenvolvidos. Outros motivos apontados dizem respeito à proximidade dos serviços da sua residência ou do local do seu trabalho e à gratuidade do atendimento.

Apesar de o significado atribuído pelos usuários à expressão 'qualidade de vida' não ser foco do objeto deste estudo, destaca-se como ponto comum nos seus depoimentos a percepção de que a qualidade de vida e a saúde precisam 'caminhar juntas e que uma é condição da outra'.

Os depoimentos a seguir revelam a relação entre saúde e qualidade de vida do ponto de vista dos participantes: "Se a pessoa é saudável ela tem tudo na vida, ela é rica"; "Se tem saúde, tem disposição para trabalhar, é uma pessoa feliz"; "se tem saúde, a qualidade de vida é melhor. Principalmente

quando não tem problemas, a cabeça tem que estar boa”; “A pessoa não tendo saúde, não tem vida, não tem gosto de viver”; “Acho que preciso ter saúde para aproveitar as coisas boas da vida, e isso inclui ter qualidade de vida”; “A gente, tendo saúde, a vida está boa”; “Uma depende da outra, tenho que ter saúde para ter qualidade de vida”.

Os significados trazidos pelos usuários corroboram o estudo de Helman (2003), quando afirma que o modo de vida e os aspectos culturais, sociais e econômicos influenciam as concepções de saúde-qualidade de vida para as pessoas. Segundo esse autor, a percepção da condição de saúde para além da ausência de sinais orgânicos permite uma aproximação das necessidades de saúde dos usuários dos serviços. Assim, entende-se que processos de ensino-aprendizagem que dão atenção aos significados que os usuários expressam colaboram para aprimorar a qualidade da atenção a eles dispensada.

Talvez por causa da concepção ampliada de saúde, os usuários participantes das ações realizadas no PEA tenham enfatizado que esse processo trouxe benefícios para a sua qualidade de vida, a saber: “Melhorou minha qualidade de vida; eu andava de lado, agora ando de frente”; “Acho que está melhorando a minha vida, porque agora faço o que não podia fazer antes”; “Antes eu era muito irritada, nervosa, revoltada, brigava muito, agora eu não sou mais assim”; “Melhora a autoestima, a aparência, a saúde”; “Com a saúde bucal, melhora a nossa qualidade de vida”.

Os depoimentos evidenciam que a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos é significativa, por conta das limitações que apresentavam anteriormente à procura dos serviços. A melhoria das condições de saúde interfere na vida pessoal, na autoestima, nas condições emocionais e nos relacionamentos familiares e sociais, e possibilita aos sujeitos desenvolver uma qualidade de vida satisfatória.

Os dados empíricos reforçam que a qualidade de vida deve ser compreendida a partir dos referenciais e da experiência cotidiana pessoal de cada um dos envolvidos. Segundo Souza e Carvalho (2003), é preciso entender que obter condições de sobrevivência não garante a elevação dos níveis de qualidade de vida, visto que o que determina a melhor qualidade de vida é a forma e a capacidade que o indivíduo tem de perceber e se apropriar dessas condições. As práticas assistenciais no cotidiano dos serviços de saúde estão diretamente ligadas a essa questão. Nesse aspecto, avalia-se o impacto que a limitação física e psicossocial pode causar nas pessoas, além de se ampliar o conhecimento sobre suas condições de saúde. Então, a compreensão sobre a qualidade de vida dos usuários incorpora-se às ações cotidianas dos serviços (Seidl e Zanon, 2004).

Em 2006, o trabalho de Esperidião e Trad (2006) afirmava que a satisfação do usuário nos serviços de saúde é ainda uma meta a ser alcançada, impondo-se maior atenção ao aperfeiçoamento de seu sistema de atenção.

Aspectos relativos à percepção dos usuários sobre o atendimento que recebiam nos PEA revelou o papel das relações sociais no cotidiano dos serviços de saúde para a promoção ou a limitação da qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Todos os usuários entrevistados referem satisfação pelo atendimento que costumam receber como participantes dos processos de ensino-aprendizagem levados a efeito nesses serviços de saúde. Segundo eles: “As pessoas que atendem são maravilhosas”; “O trabalho é muito bom”; “Atendem muito bem”; “Não há do que reclamar”; “É tudo 100%”.

A análise reflexiva dos dados referentes às respostas da pergunta ‘por que você considera esse serviço dessa forma?’ evidenciou que a qualidade de vida-saúde dos usuários participantes é promovida especialmente por meio da qualidade das interações construídas nas diferentes atividades dos PEA, as quais foram categorizadas como ‘qualidade da interação entre professor-aluno e qualidade da atenção que ambos dispensam no processo de atendimento às necessidades dos usuários’.

Os atributos que compõem as relações entre alunos, professores e usuários conferem uma qualidade própria ao trabalho de professores e alunos que por si mesmas consideradas promotoras da qualidade de vida-saúde. A análise dessas ações que geram repercussão positiva na vida dos usuários evidencia um grande construto, a saber: a ‘humanização’, particularmente nesse contexto, voltada à ‘atenção aos usuários de serviços de saúde que participam de atividades de ensino-aprendizagem’. Os atributos mais evidenciados dizem respeito à qualidade das ‘atitudes’ que conferem o caráter de ‘acolhimento’. Reconhecido como expressão de atendimento humanizado, o acolhimento foi o centro da apreciação dos usuários, acompanhado de expressão de atributos que qualificavam o ‘atendimento’ com ‘competência técnica’, o que costumava gerar maior ‘segurança’ e ‘satisfação’ nos usuários.

Os usuários qualificaram a relação entre professor e aluno como “muito boa” e “humana”. Justificaram esses conceitos por considerarem que nas interações transpareciam significados de “familiar” e de “amizade”, especialmente pela demonstração de “respeito” e de “consideração do professor para com o aluno”. Os seguintes depoimentos exemplificam melhor essa consideração: “Percebo uma relação boa, o professor faz as correções quando são necessárias, durante os exercícios”; “Observei uma relação de amizade entre aluno e o professor e o respeito e a integração”; “A professora dá lugar para a aluna falar mais, e se expressar mais”; “O professor atendeu bem o aluno, não deixando nenhuma dúvida”.

O bem-estar que os usuários sentem ao participarem do processo ensino-aprendizagem ocorre desde o primeiro momento da interação, em razão da atenção dispensada logo que iniciam o contato. O jeito particular de receber e manter a interação costuma deixá-los, segundo eles, “bem à vontade” pos-

sibilitando, inclusive, “discutir outros assuntos”, chegando até ao extremo de, alguns deles, sentirem-se “em casa” e até “melhor do que em casa”.

Justificam esse sentimento ressaltando a influência da interação que percebem existir entre professor e aluno, o acolhimento e o atendimento diferenciado que recebem, traduzindo-o como sendo ‘integral’, ‘personalizado’ e ‘igualitário’: “Sinto-me melhor só por ter sido atendida”; “Pois eles conversam com a gente, sobre a doença da gente. [...] eles são muito preocupados, se precisar, me atendem rápido”; “Ajudam... nossa! como ajudam, não só a gente, mas a todos. O atendimento é igual para todos”.

O conjunto de categorias encontrado assinala que a qualidade do atendimento em saúde desenvolvido durante o PEA é mediado por componentes afetivos, como ‘carinho’, ‘bondade’, ‘muita atenção’, ‘sinceridade’, ‘respeito’ e ‘dedicação’ no atendimento, por parte do professor e do aluno: “Eles tratam com carinho”; “É uma relação sincera, estão aqui para ajudar”; “Tratam as pessoas com humanismo, são pessoas dedicadas, elas têm jeito para a coisa, são estudadas, atenciosas”; “Acho uma relação familiar, tem respeito entre eles (professor e aluno) e comigo também”; “sempre recebo bastante atenção e consigo sair do baixo astral”.

Esses componentes levam a refletir sobre a importância do ‘ouvir’, ‘demonstrar respeito’ e ‘chamar as pessoas pelo nome’ durante os atendimentos em saúde, bem como dos demais componentes dessa natureza, identificados nos depoimentos dos usuários sobre a interação entre eles e os professores e os alunos.

Os componentes que expressaram o ‘acolhimento’ nas atividades de ensino-aprendizagem corroboram com o modelo prescrito nas diretrizes da Política Nacional de Promoção à Saúde. Todo o processo toma um caráter de um conjunto de ações de cuidado, o qual é composto por técnicas específicas às necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, mediadas por técnicas de comunicação, que podem ser identificadas como ‘componentes de uma relação terapêutica’ entre profissionais da saúde e população, na qual se identificam princípios que orientam para o respeito à cidadania (Grosseman e Patrício, no prelo).

O ‘acolhimento’ pode ser traduzido como a forma de atender a todos que buscam atendimento nos serviços de saúde, ouvindo suas solicitações e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários (Brasil, 2004a).

Nesse sentido, o modo de acolher os indivíduos nos serviços de saúde reflete atitude de ‘humanização’ que é entendida como a valorização dos sujeitos envolvidos em todo o processo de atenção à saúde: usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2004b).

O conceito de humanização é ampliado e operacionalizado para ser, com obrigatoriedade, aplicado na assistência à população. Esse conceito surge

como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos, expressos individual e socialmente, e referidos aos pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos (Vaitsman e Andrade, 2005). O bom atendimento baseado na escuta ao usuário, aliado ao bom desempenho profissional contribuem para a formação do vínculo usuário-serviço de saúde, otimizando o processo de assistência e o acesso às ações de saúde (Lima et al. 2007).

Considerando o indivíduo na sua dimensão global, sem perder de vista a sua singularidade diante das necessidades do seu processo de adoecimento e de saúde, o PEA aqui analisado corrobora a integralidade da atenção à saúde, conforme preconizado nas diretrizes curriculares, em consonância com as políticas nacionais de saúde, e as propostas de referenciais que fortalecem a importância da qualidade das interações sociais para a promoção da qualidade de vida e saúde das pessoas.

Na contramão da tradicional ideia de cura como tarefa primordial dos serviços de saúde, Akerman e Nadanovsky (1992) citam precursores dessa expectativa, como McKeown (1979) e Vuori (1989) que propuseram a inserção de ações na atenção oferecida às pessoas, como tranquilizar, aliviar e confortar as pessoas. Nessa visão, a proposta é avançar o processo avaliativo, tradicionalmente centrado na 'cura', para outras áreas de atendimento direto que contemplam a concepção da 'arte do cuidado'.

A análise do conjunto desses resultados, com base no referencial estabelecido no projeto e em outros autores, caracterizou as ações de professores e alunos com os usuários como um processo de 'cuidar-cuidando', segundo concepções dos referenciais de Leininger (1985) e Patrício (1990), evidenciando um 'construto de cuidado' relacionado à condução de processos de ensino-aprendizagem em serviços de saúde, caracterizando o processo humanizado como 'ensinar-cuidando' (Patrício, 1995).

Vários estudos que abordam a ciência do cuidado humano, em especial sobre modelos de cuidados prestados por profissionais da saúde, têm evidenciado que a incorporação sistemática de atributos relacionados à humanização aos processos de cuidar, por si só representam ações de promoção da saúde (Patrício, 1995; Ayres, 2004; Bosi e Uchimura, 2007; Delfino et al., 2004; Grossemann e Patrício, 2004; Machado et al., 2007).

Como exposto, os depoimentos dos usuários participantes da pesquisa também apontam que a aplicação de componentes da humanização não se restringe ao contexto da assistência prestada ao usuário, mas, também, às atividades didáticas desenvolvidas na interação professor-aluno.

Nessa concepção, o 'cuidado' não é direcionado apenas para o usuário, posto que na dinâmica do PEA o professor, enquanto ensina, também cuida do aluno. E, este aspecto, segundo os participantes, também favorece o *bem-estar* daquele que está recebendo a atenção.

Há depoimentos que demonstram que esse tipo de interação professor-aluno intensifica o 'sentimento de segurança' dos usuários em relação ao atendimento que recebem, especialmente porque, segundo eles, o professor está disponível e sempre presente para orientar e sanar as dúvidas do aluno. Como exemplo, apresenta-se o seguinte depoimento: "Eles não fazem nada sem primeiro conversar com o professor, por isso eu me sinto segura".

Cavaca et al. (2010), em estudo realizado com alunos e professores de um curso de odontologia, fortalecem a importância do papel do professor como um mediador e um facilitador do processo ensino-aprendizagem. Os autores destacam que a qualidade da interação entre docente-discente deva ser pautada pelo respeito mútuo e pelo estímulo à comunicação entre docentes, alunos e pacientes, de maneira a promover um maior aproveitamento do aluno e a incorporação de valores essenciais para o exercício profissional de forma humanizada.

O estudo de Nuto et al. (2006) sobre o processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente evidenciou que a maioria dos pacientes entrevistados afirmou que confia nos alunos que estão realizando os atendimentos, que não se importam com a inexperiência destes e que se sentem seguros, pois os alunos estão sob orientação do professor.

Oliveira e Ciampone (2006) também afirmam que a formação profissional envolve, além da apropriação dos conhecimentos técnico-científicos, a permanente interação entre as dimensões pessoal/singular, profissional/particular e social/estrutural, que interferem na qualidade de vida dos sujeitos envolvidos no PEA e na qualidade da assistência prestada.

Considerações finais

A pesquisa realizada mostrou que houve repercussões positivas na qualidade de vida e saúde dos cidadãos que participaram de processos de ensino-aprendizagem, nos serviços de saúde do contexto acadêmico em estudo.

Participar das atividades com professores e alunos promoveu a satisfação e o bem-estar dos indivíduos não apenas pelos resultados obtidos com o tratamento dado à situação-problema para a qual foram buscar solução, mas também pelo próprio processo de ensino-aprendizagem, em razão da qualidade da atenção que lhes foi dispensada e aquela que perceberam haver por parte do professor para com o aluno.

As interações estabelecidas no PEA nos serviços de saúde trouxeram satisfação para os usuários pelo fato de receberem atendimento digno, atitude que comumente essas pessoas não esperam receber, em virtude de experiências não satisfatórias acumuladas em sua trajetória de busca por assistência à saúde.

Destaca-se que a satisfação dos usuários está particularmente ligada à temática 'humanização da assistência', cuja orientação nas políticas públicas está associada à efetividade das ações desenvolvidas para o atendimento da demanda.

O resultado da análise dos depoimentos dos sujeitos dessa pesquisa nos permite inferir que esse atributo, quando aplicado na atenção cotidiana aos usuários, estimula o indivíduo a se envolver mais com sua saúde, a valorizar as orientações que recebe e a dar continuidade aos seus cuidados em casa e a retornar sem constrangimentos aos serviços de saúde.

Na situação de ensino em serviços de saúde, a atenção prestada ao usuário precisaria, a princípio, estar ainda mais voltada para a garantia da sua satisfação. Primeiro, pelo fato de que esse cidadão está colaborando com a formação de profissionais e, segundo, conforme Grosseman e Patrício (no prelo), porque é obrigação dos responsáveis pelo processo de ensino-aprendizagem tornar esse momento de interação uma possibilidade de o aluno aprender pelo testemunho.

O tipo de atendimento em saúde, oferecido nas atividades acadêmicas analisadas, evidencia a relevância do papel das interações para a promoção da qualidade de vida e saúde das pessoas. A humanização da assistência identificada nos processos de interação professor-aluno-usuário expressa a integração das dimensões da afetividade, da ética, da competência técnica e da singularidade do atendimento.

O estudo revela que processos de ensinar-aprender mediados por componentes da atenção humanizada promovem a satisfação do usuário pelo próprio movimento da atenção às suas necessidades naquele momento.

Ressalta-se, nesse aspecto, a concepção da relação professor-aluno no processo ensino-aprendizagem em saúde. No contexto em estudo o aluno aprende com seu professor não apenas o conteúdo específico que coube ser trabalhado frente à demanda do momento, mas também aprende, através de atitudes do professor, a perceber a importância da qualidade da interação nesse processo para a satisfação das pessoas envolvidas e para o sucesso do tratamento a ser seguido.

Esse aspecto deixa ainda mais evidente a necessidade de incorporar componentes do cuidado humano nas interações entre profissionais da saúde e a população, especialmente frente ao pressuposto de que todo o usuário representa alguém que vai a um serviço de saúde em busca de alguém que o ajude, que lhe dê atenção às suas necessidades.

Resgatando-se as percepções dos usuários, essa consideração, aplicada ao contexto do ensino em saúde, mostra, também, que qualquer aluno, para aprender melhor e se sentir seguro, necessita de atenção personalizada, ser tratado com respeito e dignidade, ou seja, com o cuidado que um cidadão aprendiz merece.

Nessa perspectiva, a pesquisa de Coelho e Jorge (2009) fortalece os resultados do estudo aqui apresentado ao concluir que, para haver satisfação dos usuários com a atenção recebida nos serviços de saúde, é necessário haver capacitação dos trabalhadores para a humanização da atenção, de modo a incrementar atividades de acolhimento, com base em tecnologias das relações, nas quais o diálogo, a troca de saberes e o trabalho com caráter de equipe se fazem presentes.

O estudo corrobora a literatura no que diz respeito à importância do conhecimento das percepções dos usuários sobre a atenção recebida nos serviços de saúde. Este dado possibilita contribuir para o aperfeiçoamento dos sistemas de atenção à saúde que se interessam pela promoção da qualidade de vida dessa população, mesmo que o alcance esteja restrito a um determinado ambiente.

Embora o significado de qualidade de vida tenha base em concepções individuais ou grupais, interpretações de abordagem sistêmica levam a conceber a existência de repercussões das ações de saúde no âmbito coletivo, evidenciando que se cada usuário recebe a atenção merecida, como pessoa e cidadão, a saúde da sociedade melhora como um todo.

Espera-se que a divulgação dos resultados desta pesquisa, particularmente pelos atributos do processo ensino-aprendizagem evidenciados, referentes à qualidade das interações entre alunos, professores e a população, possa motivar outros estudos e também subsidiar o aperfeiçoamento das práticas em serviços de saúde. A perspectiva é apontar conhecimentos que possam contribuir para o aperfeiçoamento da Política Nacional de Promoção à Saúde e para o incremento das diretrizes curriculares que orientam para a formação de docentes e alunos com competência para a atenção humanizada, de tal forma que a relação de prestar um serviço por si só promova ações de melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas envolvidas.

Nessa perspectiva, sugere-se que a universidade, como uma instituição formadora de recursos humanos, integre, com maior rigor, componentes do cuidado humano nos seus processos internos de formação acadêmica e no modo como se relaciona com os demais profissionais dos serviços de saúde e com a população que busca atenção. Assim, os projetos pedagógicos dos cursos em saúde estariam orientados para a formação do profissional de competência plena – técnica e humanística – com vistas a realizações comuns e à operacionalização da concepção da integralidade da saúde.

Colaboradores

Maria Regina Rufino Delfino, Mary Rosane Quirino Polli Rosa e Roseli Ribeiro Pasin participaram de todo o processo da pesquisa e de todo o processo de elaboração do artigo. Zuleica Maria Patrício Karnopp participou como orientadora da pesquisa e em todo o processo de elaboração do artigo.

Notas

¹ Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

Correspondência: Rua Júlio Boppré, 881, CEP 88701-510, Santo Antônio de Pádua, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. <maria.delfino@unisul.br>

² Professora aposentada, pesquisadora e colaboradora em cursos de pós-graduação na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <zucamp@ccs.ufsc.br>

³ Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). <mary.polli@unisul.br>

⁴ Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul), Tubarão, Santa Catarina, Brasil. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul). <roseli.pasin@unisul.br>

⁵ Artigo inédito originado do conjunto de dados da pesquisa “O processo ensino-aprendizagem e a qualidade de vida-saúde de alunos e professores da área da saúde e de usuários que participam desse processo: um estudo de caso numa universidade de Santa Catarina”. As autoras asseguram que este trabalho, ou parte deste, ou outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de sua autoria, não foi publicado e não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou eletrônico. O projeto da pesquisa deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde foi realizado o estudo.

Referências

- AKERMAN, Marco et al. *Delineando um marco conceitual para a promoção da saúde e da qualidade de vida*. Rio de Janeiro; Porto Alegre: Abrasco; Pró-GT de Promoção da Saúde e DLIS, 2003.
- AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, out.-dez. 1992.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set.-dez. 2004.
- AZEVEDO, Jane Mary R.; BARBOSA, Maria Alves. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Revista de Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, jan.-mar. 2007.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.
- BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Alegre: Porto, 2004.
- BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*: Res. CNS 196/96 e outras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (CNE). Câmara de Educação Superior (CES). *Diretrizes curriculares: cursos de graduação*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.
- _____. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004a.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul.-set. 2004.
- CAVACA, Aline Guio et al. A relação professor-aluno no ensino da odontologia na Universidade Federal do Espírito Santo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 305-318, jul.-out. 2010.
- COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como

dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1.523-1.531, out.-nov. 2009.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; ARAÚJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440-452, jul.-set. 2009.

DELFINO, Maria Regina Rufino et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1.057-1.066, out.-dez. 2004.

ESPIRIDIANO, Monique Azevedo; TRAD, Leny Alves Bomfim. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1.267-1.276, jun. 2006.

GROSSEMAN, Suely; PATRÍCIO, Zuleica Maria. A relação médico-paciente e o cuidado humano: subsídios para a promoção da educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 99-105, 2004.

_____; _____. Relação médico-paciente terapêutica e a formação médica: proposta para um construto com foco na ética, na cidadania e no cuidado nas interações. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA (Abem). *Educação médica: gestão, cuidado e avaliação*. Rio de Janeiro: Abem. (No prelo).

HELMAN, Cecil. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEININGER, Madeleine. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM (Sibraten), 1. *Anais...* Florianópolis: UFSC, 1985. p. 255-276.

LEMOS, Jadir Camargo. *Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários*. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção-Ergonomia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, jan.-mar. 2007.

LOPES, Marcia Cavalcante Raposo. 'Universidade produtiva' e trabalho docente flexibilizado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 35-48, 2006.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, mar.-abr. 2007.

McKEOWN, Thomas. *The Role of Medicine*. Oxford: Basil Blackwell, 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NUTO, Sharmênia Araújo Soares et al. O processo ensino-aprendizagem e suas consequências na relação professor-aluno-paciente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 89-96, jan.-mar. 2006.

OLIVEIRA, Raquel Aparecida de; CIAMPONE, Maria Helena Trench. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 254-261, abr.-jun. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

Instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). Versão em português. Divisão de Saúde Mental; Grupo WHOQOL. 1998. Disponível em: <www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>. Acesso em: 17 jul. 2011.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. *A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual-coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica*. 1995. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

_____. *A prática do cuidar-cuidado com a família da adolescente grávida e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sociocultural*. 1990. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

_____. Métodos qualitativos de pesquisa e de educação participante como mediadores na construção da qualidade de vida: novos paradigmas, outros desafios e compromissos sociais. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 3, n. 8, p. 53-67, 1999.

PATRÍCIO, Zuleica Maria; CASAGRANDE, Jacir Leonir; ARAÚJO, Marizia Ferreira de (Org.). *Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas*. Florianópolis: PCA, 1999.

ROCHA, Sandra Souza Lima; FELLI, Vanda Elisa Andres. Qualidade de vida no trabalho docente de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 28-35, jan.-fev. 2004.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar.-abr. 2004.

SOUZA, Rafaela Assis de; CARVALHO, Allyson Massote. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 3, p. 515-523, set.-dez. 2003.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rievers Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul.-set. 2005.

VUORI, Hanna. Research needs in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*, v. 1 p. 147-159. 1989.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão (Org.). *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 149-163.

Recebido em 02/02/2011

Aprovado em 28/02/2012