

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

|  |
| --- |
| **GUSTAVO MARQUES PORTO CARDOSO** |

|  |
| --- |
| VIDA UNIVERSITÁRIA, ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA |

|  |
| --- |
| Salvador 2015 |

|  |
| --- |
| VIDA UNIVERSITÁRIA, ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA |

|  |
| --- |
| Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade |

Orientadora – Profª. Dra. Renata Meira Veras

Coorientadora – Profª. Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

|  |
| --- |
|  |

C268v Cardoso, Gustavo Marques Porto

Vida universitária, atividade física e promoção da saúde entre estudantes da Universidade Federal da Bahia / Gustavo Marques Porto Cardoso. – Salvador, 2015.

133 f.:il.

Orientadora: Profª. Dra. Renata Meira Veras

Coorientadora: Profª. Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Universidade Federal da Bahia, 2015.

1. Promoção da saúde 2. Universidade 3. Estudantes 4. Atividade física I. Veras, Renata Meira II. Universidade Federal da Bahia III. Título.

CDD 613.0434

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde – UFRB

Magali Alves Albuquerque CRB 5/1438

****

Aos

meus professores, que me fizeram e fazem

acreditar no poder da educação

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Profª. Renata Meira Veras pela amizade, dedicação, incentivo, carinho e presteza, e por se fazer presente em todos os momentos, apresentando caminhos mais claros nas horas de dificuldades; à Profª. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho pela amizade, conselhos, acolhimento e prontidão, sempre com palavras carinhosas e tão cheias de sabedoria.

Aos demais professores do EISU que deixaram sementes de sabedoria em minha caminhada.

Aos demais funcionários da Universidade Federal da Bahia, pelo sorriso sempre farto.

Aos colegas de percurso pela espontaneidade e alegria na troca de informações e saberes numa rara demonstração de amizade e solidariedade.

Aos meus companheiros de curso Dayse, Carlos, Verônica, Valéria, Márcia e Wilton, por tamanha troca de amor e compreensão.

Aos alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, fonte inspiradora para esta dissertação.

À minha família pela paciência em tolerar a ausência.

E, finalmente, a DEUS pelo dom da vida e pela oportunidade de viver tal experiência.

*“A educação é o grande motor do desenvolvimento pessoal. É através dela que a filha de um camponês se torna médica, que o filho de um mineiro pode chegar a chefe de mina, que o filho de trabalhadores rurais pode chegar a presidente de uma grande nação”.*

Nelson Mandela

LISTA DE FIGURAS

[Figura 1- Arquitetura curricular da Universidade Nova. 28](#_Toc431477055)

[Figura 2- Arquitetura curricular do modelo brasileiro atual (progressão linear) 29](#_Toc431477056)

[Figura 3 - Estrutura curricular dos Bacharelados Interdisciplinares da Universidade Federal da Bahia 31](#_Toc431477057)

[Figura 4 - Linha do tempo do processo de criação, formulação e implantação do BI Saúde: 2006 – 2010. 34](#_Toc431477058)

[Figura 5 - Mapa das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas entre 1986 e 2013 52](#_Toc431477059)

[Figura 6 - Modelo de Dahlgren & Whitehead: influência em camadas 53](#_Toc431477060)

[Figura 7 – Gráfico Distribuição dos participantes por sexo 79](#_Toc431477061)

[Figura 8 – Gráfico de 80](#_Toc431477062)

[Figura 9 – Gráfico de distribuição dos participantes por turno. 81](#_Toc431477063)

[Figura 10 – Gráfico de distribuição dos participantes por semestre. 82](#_Toc431477064)

[Figura 11 - Distribuição dos alunos participantes por classes de prática de atividade física. 85](#_Toc431477065)

[Figura 12 – Gráfico de dados sobre o tempo gasto sentado pelos universitários do BI em Saúde durante um dia de semana. 87](#_Toc431477066)

[Figura 13 – Gráfico de dados sobre o tempo gasto sentado pelos universitários do BI em Saúde durante um dia de final de semana. 87](#_Toc431477067)

[Figura 14 - Gráfico de dados da quantidade de universitários que responderam a pergunta aberta sobre concepções de Promoção da Saúde 89](#_Toc431477068)

[Figura 15 - Nuvem de palavras elaborada com base nas respostas dos alunos do BIS sobre concepções de Promoção da Saúde. Salvador, período letivo 2014.1. 89](#_Toc431477069)

[Figura 16 - Gráfico números e percentuais de unidades de contextos nas categorias definidas a posteriori 91](#_Toc431477070)

[Figura 17 – Gráfico de prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de ausência de doença. 92](#_Toc431477071)

[Figura 18 - Gráfico prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida. 94](#_Toc431477072)

[Figura 19 – Gráfico prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável. 99](#_Toc431477073)

[Figura 20 - Gráfico de prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de políticas/ações sociais e de saúde. 103](#_Toc431477074)

**LISTA DE QUADROS E TABELAS**

[Quadro 1 - Síntese da distribuição da carga horária do curso 35](#_Toc431477176)

[Quadro 2 - Perfil esperado dos egressos do BI em Saúde. 36](#_Toc431477177)

[Quadro 3 - Categorias e subcategorias das concepções de Promoção de Saúde entre alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, Salvador-BA, 2014. 90](#_Toc431477178)

[Tabela 1 - Dados do perfil socioeconômicos dos participantes da pesquisa (N= 190) 83](#_Toc431477180)

**LISTA DE ABREVIATURAS**

a.C. - Antes de Cristo

ANDIFES - Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Educação Superior

BI - Bacharelado Interdisciplinar

BIA - Bacharelado Interdisciplinar em Artes

BIC&T - BI em Ciências & Tecnologias

BIH - BI em Humanidade

BIS - Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

CEG - Câmara de Ensino de Graduação

CGPNPS - Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CONSUNI - Conselho Universitário

CPL - Cursos de Progressão Linear

d.C. - Depois de Cristo

DCNT - Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

FONAPRACE - Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis

GM - Gabinete do Ministro

IES - Instituto de Educação Superior

IFES - Institutos Federais de Educação Superior

Inep - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

ISC - Instituto de Saúde Coletiva

LDB - Lei de Diretrizes e Bases

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEC - Ministério da Educação e Cultura

Nasf - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

Proplan - Pró-reitoria de Planejamento e Orçamento

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

REUNI - Programa de Apoio à Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais

SciELO *- Scientific Electronic Library Online*

Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TBS - Teoria Bioestatística da Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPI - Universidade Federal do Piauí

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UnB – Universidade de Brasília

RESUMO

CARDOSO, Gustavo Marques Porto. **Vida universitária, atividade física e promoção da saúde entre estudantes da Universidade Federal da Bahia**. 2015. 133p. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) - Instituto de Humanidades, Artes e Ciência, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Este estudo tem por objetivo geral identificar as concepções de Promoção da Saúde dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), além de discutir a temática da atividade física como promotora de saúde nesta população. Como objetivos específicos busca investigar acerca do nível de atividade física dos estudantes participantes da pesquisa e verificar se a temática “práticas corporais/atividades físicas” aparece nas respostas dos estudantes como prática promotora de saúde. Como estratégia metodológica se optou por uma abordagem qualitativa através da aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão 6 curta) acrescido de uma pergunta subjetiva sobre Promoção da Saúde com os alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo à luz de Bardin. Conclui-se que a maioria dos estudantes define Promoção da Saúde como sinônimo de bem-estar/qualidade de vida, indicando a atividade física como uma das ações essenciais para a Promoção da Saúde. Por outro lado, ficou evidente que esses estudantes analisados são considerados indivíduos pouco ativos fisicamente. Identifica-se como limitação do estudo a não realização de uma pesquisa mais longa que acompanhasse a mudança das concepções de Promoção da Saúde durante a formação acadêmica interdisciplinar. Sugere-se a necessidade da criação de programas e políticas de promoção de saúde para os estudantes, sendo estes os futuros propagadores de um estilo de vida saudável e a realização de um estudo mais longo que possa acompanhar a trajetória estudantil analisando a mudança nas práticas de atividades físicas e das concepções de Promoção da Saúde.

Palavras-chaves: Universidades; Promoção da Saúde; Atividade Física.

abstract

CARDOSO, Gustavo Marques Porto. **University life, physical activity and health promotion among students of the Federal University of Bahia.** 2015. 133p. Thesis (MA in Interdisciplinary Studies University) - Institute of Humanities, Arts and Science, Federal University of Bahia, Salvador, 2015.

This study has the objective to identify the conceptions of Health Promotion of the students of the Bachelor of Interdisciplinary Health Federal University of Bahia (UFBA), and discuss the topic of physical activity and health promotion in this population. Specific objectives investigates about the physical activity level of participating students research and verify that the theme corporal practices / physical activity appears on the responses of students to practice promoter of health. As a methodological strategy opted for a qualitative approach by applying the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ - short version 6) plus a subjective question on Health Promotion with the students of the Bachelor in Interdisciplinary Health UFBA. Were the data analyzed through the Content Analysis of a light Bardin .It is concluded that most students define health promotion as a synonym for welfare / quality of life, indicating physical activity as one of the key actions for Health Promotion. On the other hand, it became evident that these students analyzed are considered little physically active individuals. Is identified as a study limitation the failure to carry out a longer survey that accompanied the change of health promotion concepts for interdisciplinary academic background. It is suggested the need to create programs and health promotion policies for students, which are the propagators future of a healthy lifestyle and the realization of a longer study that may accompany the student trajectory analyzing the change in practices physical activity and health promotion concepts.

Keywords: University; Health Promotion; Physical Activity.

SUMÁRIO

[1 INTRODUÇÃO 13](#_Toc431477221)

[2 caminhos do ensino superior brasileiro 17](#_Toc431477222)

[2.1 O Ensino Superior no Brasil: bases históricas e conceituais 17](#_Toc431477223)

[2.2 Por uma nova universidade: o Projeto UFBA Nova, a Universidade Nova e o Reuni 23](#_Toc431477224)

[2.3 A criação dos Bacharelados Interdisciplinares na UFBA 27](#_Toc431477225)

[2.4 A Formação Superior em Ciclo no Campo da Saúde: o BI em Saúde da UFBA 32](#_Toc431477226)

[3 PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CENÁRIO MUNDIAL 38](#_Toc431477227)

[3.1 O processo saúde-doença: construções, dilemas e necessidades. 38](#_Toc431477228)

[3.2 O encontro com a Promoção de Saúde 49](#_Toc431477229)

[3.3 Inserindo a Atividade Física NA discussão 58](#_Toc431477230)

[4 PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA ENTRE UNIVERSITÁRIOS 62](#_Toc431477231)

[5 CARACTERIZAÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA 71](#_Toc431477232)

[6 RESULTADOS E DISCUSSÃO 77](#_Toc431477233)

[6.1 As concepções de promoção da saúde, a análise da frequência/intensidade das práticas de atividade física e a relação promoção de saúde-atividade física entre os estudantes 78](#_Toc431477234)

[**6.1.1 Caracterização dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde** 78](#_Toc431477235)

[*6.1.1.1 Perfil do estudante* 78](#_Toc431477236)

[*6.1.1.2 Perfil socioeconômico* 82](#_Toc431477237)

[*6.1.1.3 Perfil da prática de atividades físicas* 84](#_Toc431477238)

[**6.1.2 Resultado e análise das concepções de Promoção da Saúde** 88](#_Toc431477239)

[*6.1.2.1 Promoção da Saúde como sinônimo de ausência de doenças.* 91](#_Toc431477240)

[*6.1.2.2 Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida.* 93](#_Toc431477241)

[*6.1.2.3 Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável.* 98](#_Toc431477242)

[*6.1.2.4 Promoção da saúde como sinônimo de políticas/ações sociais e de saúde*. 103](#_Toc431477243)

[7 conclusão 109](#_Toc431477244)

[Apêndice 130](#_Toc431477245)

# 1 INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas do século XX e a partir da primeira década do século XXI pôde-se perceber o esforço dos diversos atores sociais e da saúde em reorganizar o sistema de saúde no Brasil (CARVALHEIRO; MARQUES; MOTA, 2013), inspirados pelo paradigma da medicina social (WESTPHAL, 2013) e pautados nas propostas do movimento da Promoção de Saúde, que pretendia renovar o pensamento do campo da Saúde Pública (OLIVEIRA, 2005).

Esta “Nova Saúde Pública”, diferentemente da “Antiga Saúde Pública”, realçava as influências socioambientais nos padrões de saúde das populações, aplicando uma nova dimensão às causas individuais das doenças, apontando para a necessidade da valorização da equidade social e de uma sociedade participativa e empoderada (OLIVEIRA, 2005). Para que este projeto de reformulação da saúde pública brasileira pudesse tomar corpo, surge a necessidade da construção de um novo marco teórico-conceitual que tivesse capacidade de modificar o campo da saúde pública (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Isso ocorre de forma mais concreta no Brasil com o aprofundamento do debate da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que abre novos horizontes para as discussões sobre outras estratégias de atuação no campo da saúde, sobre a produção social da saúde e a possibilidade da construção de um conceito positivo (WESTPHAL, 2013).

Assim, segundo Santos e Westphal (1999, p. 75):

A nova saúde pública surge do reconhecimento de tudo o que existe ser produto da ação humana, salvo o que se poderia chamar de natureza intocada; em contraposição, a hegemonia da terapêutica, como solução para todos os males que poderiam atingir o corpo do homem. A saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos, ou de uma comunidade depende também de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente.

É, portanto, nas universidades e nas instituições de ensino de saúde do país que se dá também o enfrentamento do desafio da renovação do campo da saúde, com o aprofundamento das questões relacionadas à nova saúde pública brasileira, tendo como principal objetivo a promoção de mudanças no ensino e na prática da saúde pública no Brasil.

Daí surge o meu interesse pelo estudo da Instituição Universitária e a vontade de aprofundar meus estudos sobre a temática do Ensino Superior e a formação dos profissionais em saúde.

Esta dissertação é fruto da minha itinerância formativa, não apenas pontuada neste curso *stricto senso*, mas em todo o caminhar acadêmico. O que aqui será exposto foi construído durante toda a minha formação, desde seu início em 1999 no curso de Licenciatura Plena em Educação Física na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) até a defesa deste estudo na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Por estar inserido em um programa de pós-graduação alocado no Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) e devido ao meu interesse pela formação interdisciplinar, nada mais adequado que realizar este estudo tendo como universo esta realidade, contribuindo para o fortalecimento do mesmo. Logo, a pesquisa foi realizada com estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Os critérios utilizados para a escolha do curso foram: seu caráter interdisciplinar; a proximidade dos pesquisadores com o campo do conhecimento e curso; e a linha de pesquisa que estes pesquisadores estão atrelados neste curso *strictu senso* – Qualidade de Vida e Promoção da Saúde na Universidade.

Assim, justifica-se este trabalho pela necessidade de estudos sobre este novo modelo de saúde e de Educação Superior, que vem de encontro à estrutura curricular vigente em nosso país, que adota o modelo biomédico como máxima para o ensino em saúde. O BIS adota um conceito ampliado de saúde e Promoção da Saúde, centrado na tríade saúde-doença-cuidado, que favorece aos seus estudantes um entendimento mais complexo sobre as temáticas do campo da saúde, aliando saberes e práticas, esperando que seus egressos possam fazer um curso tradicional com um pensamento mais amplo e visionário.

A temática das práticas corporais/atividade física estará inserida neste estudo por três motivos: o primeiro referente à minha formação – por ser licenciado em Educação Física a temática é latente nas discussões; o segundo é o acelerado desenvolvimento, nas últimas décadas, de publicações e políticas voltadas para esta temática em estudos referentes ao campo da saúde e à Promoção da Saúde (RAMIRES *et al.*, 2014); e o terceiro por estas ações estarem inseridas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como um eixo prioritário pela relevância conferida a estas práticas (MALTA *et al.*, 2009).

Portanto, a presente dissertação tem como objetivo analisar as concepções de promoção da saúde na instituição universitária, verificando se a prática de atividade física é apontada enquanto conduta de Promoção da Saúde entre estes estudantes, levantando ainda a frequência e a intensidade da atividade física nos universitários participantes da pesquisa.

Durante todo o trabalho, parto do princípio de que a Promoção da Saúde vai além dos cuidados com a saúde, muito além das normas e técnicas de saúde, mas diz respeito à potencialização das capacidades coletivas e individuais das comunidades em relação aos inúmeros condicionantes envolvidos no processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos (BACKES *et al.*, 2009).

Para atingir os objetivos desta dissertação fez-se necessário a construção de três capítulos como fundamentação teórica. O **segundo capítulo**, se propõe a trazer bases históricas e conceituais sobre a criação do Ensino Superior no Brasil, através das informações contidas na literatura científica e em documentos oficiais, a fim de possibilitar aos leitores a familiarização com o universo pesquisado. Relata-se sobre a origem, a função e o papel social destas instituições, levantando fatos importantes para a sua criação, sua construção e reconstrução. Dispõe sobre o Projeto UFBA Nova e Universidade Nova e retrata a origem e criação dos BI na UFBA, dando uma maior ênfase ao Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS).

O **terceiro capítulo** apresenta uma discussão sobre o conceito de promoção da saúde à luz dos conceitos de saúde, suas variantes e suas complexidades diante do mundo contemporâneo. Propõe-se a pensar o processo saúde-doença-cuidado como algo que se apresenta, perante a ciência, de forma múltipla e complexa, como um elemento que se faz presente no cotidiano humano se mostrando mutável e mutante, sendo esta uma temática recorrente nos mais diversos saberes. Discute, também, como este conceito vem sendo construído dentro do sistema de saúde brasileiro. Além disso, traz considerações sobre a Promoção da Saúde, desde o Informe Lalonde (1974), as principais Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, até os dias atuais, suscitando discussões do rumo da “Nova Saúde Pública” (CARVALHO, 2004). Este capítulo traz, igualmente, ponderações sobre um dos eixos de ações da Promoção da Saúde, a promoção de práticas corporais/atividades físicas, demonstrando a relevância da temática para a aquisição de um modo de vida ativo necessário para a manutenção da saúde.

O **quarto capítulo** diz respeito a um estudo sobre as práticas corporais/atividade física entre os universitários, onde foi realizado um estudo do Estado da Arte, que serviu como qualificação para esta dissertação.

O **quinto capítulo** dispõe sobre o percurso metodológico utilizado para atingir os objetivos, descrevendo o sujeito e o universo da pesquisa, o processo seguido para a construção do tema/problema, os instrumentos empregados para obtenção de dados e os utilizados para a análise de dados, ou seja, relata sobre o percurso realizado para atingir as respostas esperadas.

No **sexto capítulo**, expõe-se os resultados e discussões relativos a esta pesquisa, pautada em uma Análise de Conteúdo, conforme Bardin (1979), refletindo sobre as concepções de Promoção da Saúde dos alunos do BIS que se encontravam matriculados no semestre letivo de 2014.1. Assim, procura-se ainda estimar o nível de atividade física dos alunos participantes da pesquisa, através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão 6 curta) e perceber se as práticas corporais/atividades físicas estão presentes nas respostas destes alunos como prática promotora de saúde.

Culminando então no **sétimo capítulo** são tecidas as conclusões desta pesquisa com propostas para novos estudos relativos a estas temáticas.

# 2 caminhos do ensino superior brasileiro

## 2.1 O Ensino Superior no Brasil: bases históricas e conceituais

Em sua gênese, na Antiguidade, o que conhecemos hoje como Universidade era apenas uma corporação, um local onde pessoas distintas se reuniam para falar sobre assuntos pertinentes à época. Quando estas discussões conflitavam com as autoridades, tanto civis, quanto eclesiais, as aulas eram suspensas e migrava-se para outro local (DURKHEIM *apud* DANTES, 2005).

Pode-se citar como exemplo destes locais a Biblioteca de Alexandria no século III a.C., que conservava em suas dependências o verdadeiro espírito universitário. As dependências desta biblioteca tinham uma função, muito maior do que apenas guardar livros reservados à leitura dos frequentadores, mas eram locais destinados a expor e compartilhar ideias; mesmo esta não possuindo o título de Universidade (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2012).

Segundo os mesmos autores, foram em grandes centros medievais que surgiram as primeiras instituições, a exemplo de Bolonha (em 1088), Paris (em 1090 ou 1170) e Oxford (em 1096), que possuíam em seus estudos básicos uma semelhança curricular: o *trivium* e o *quadrivium*. O primeiro era composto por estudos relacionados a linguagens (gramática, lógica e retórica) e o segundo pelos estudos relacionados com outras áreas do conhecimento (aritmética, geometria, astronomia e música), que possuíam traços da Academia de Platão da Antiguidade.

Porém, a origem da instituição universitária oficialmente, nos moldes da sua definição clássica europeia, só ocorreu no século XII, onde foram criadas instituições intituladas de Universidades que concebiam como principal objetivo criar, transmitir e disseminar a ciência. Estas novas instituições assumiram um papel de extrema importância na sociedade contemporânea, adquirindo um papel estratégico para o corpo social, no aumento do capital cultural e, por conseguinte, aumentando o poder das nações (BERNHEIM; CHAUÍ, 2008).

O que se precisa chamar a atenção é que não se pode ignorar o fato de, apesar das Universidades terem sua origem tardia, na Europa Ocidental, muito antes deste acontecimento instituições de conhecimento já haviam sido idealizadas (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2012).

Como foi afirmado acima, foi por volta de 1300 da era cristã, no Ocidente, que surgiram as primeiras Universidades. Dados históricos afirmam que estas foram fundadas na Europa Medieval. As instituições precursoras do que conhecemos hoje como Ensino Superior estariam sobre o poder das instituições religiosas, e objetivavam realizar os papeis deste corpo social que as tinham originado; assim, eram explicitamente escolásticas[[1]](#footnote-1) (ALMEIDA FILHO, 2003).

Na América Latina as primeiras instituições só emergiram no início do século XVI, quando foi trazido o sistema universitário espanhol, devido à sua colonização, sendo criadas as universidades no México, Peru, Chile, Argentina, entre outras (BOHRER *et al.* 2008).

Os autores supracitados chamam a atenção de que, apesar das primeiras instituições trazidas para a América Latina serem de origem espanhola, o modelo europeu de formação, que serviu como referência para estas, foi o francês, pelo fato de esta nacionalidade exercer uma forte influência em Portugal e na Espanha.

O modelo de universidade que conhecemos na atualidade só surgiu com o advento da Revolução Industrial, no final de Século XIX, a Universidade Científico-tecnológica[[2]](#footnote-2), originada na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, com o intuito de suprir as necessidades do sistema econômico dominante (ALMEIDA FILHO, 2003).

O que se pode perceber com a origem das Universidades é que, para analisar a criação das primeiras Universidades no Brasil ou em qualquer outro país, não se pode separá-las da sociedade e das relações econômicas, sociais e políticas da época da sua criação. É necessário observá-las em uma realidade concreta, onde há ligação entre os fatos e os sujeitos desta construção, que modificam e transformam as suas relações com o ambiente, através do processo de educação, estando este presente no ensino superior ou não. Neste sentido, a Universidade é uma instituição social (CHAUÍ, 2001).

Para Bernheim e Chauí (2008, p. 18) “a relação interna ou expressiva entre a universidade e a sociedade é a que, ademais, explica o fato de que a universidade pública sempre foi, desde o início, uma instituição social”.

Justificando o parágrafo, Colossi, Cosentino e Queiroz (2001, p. 50) acreditam que:

A educação é um processo social que muitas vezes envolve grupos pequenos, como a família, ou grande, como a comunidade. Os processos educacionais dependem muito do estado em que se encontra, de maneira geral, o corpo social. O fato é que toda mudança na estrutura política, econômica, social deste grupo mais amplo influencia na educação.

Assim, influenciada pela mudança da Corte Portuguesa para o Brasil (1808-1820), se originaram as primeiras Intuições de Ensino Superior (IES) na nação, durante o período colonial. O Brasil, portanto, teve que aguardar o final do século XIX para ver o surgimento das primeiras instituições científicas e culturais. Segundo pesquisas realizadas, as primeiras instituições criadas foram: o Colégio Médico da Bahia e a Escola Médica do Rio de Janeiro, em 1808, atualmente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina da UFRJ[[3]](#footnote-3) (MARTINS, 2002; DANTES, 2005; TEIXEIRA, 2005; FÁVERO, 2006).

Percebe-se que a maioria dos autores citados comungam com os dados históricos que afirmam ser o surgimento das primeiras instituições em 1808. Mendonça (2000) relata que houve uma solicitação da burguesia da época ao príncipe regente para que fosse criada uma universidade literária em terras baianas, porém esta solicitação não foi atendida, preferindo criar o curso de Cirurgia, anatomia e obstetrícia, a pedido do Cirurgião-Mor do Reino.

Até a Proclamação da República, em 1889, não houve muitos avanços no Ensino Superior brasileiro, que pretendia apenas formar profissionais para assumir cargos privilegiados em um mercado de trabalho restrito e garantir um prestígio social a estes profissionais (MATTOS, 1983). Mesmo porque o projeto educacional destas instituições estava a serviço da elite, que mantinha no Brasil a política de dependência em relação a Portugal, gerando uma alienação cultural, pois tinha como missão principal, transmitir a cultura europeia através de seu projeto (COELHO; VASCONCELOS, 2009).

Segundo Orso (2007) e Coelho e Vasconcelos (2009), a criação das Universidades brasileiras aconteceu de forma tardia se confrontado com outros países da América. Quando surgiu a primeira Universidade brasileira já haviam mais de 100 destas instituições espalhadas por toda a América.

Um marco histórico para a criação das Universidades foi a criação do Ministério de Educação e Saúde no governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45), onde Francisco Campos, ministro da educação e saúde, aprovou o Estatuto das Universidades Brasileiras, que vigorou até 1961, permitindo que estas instituições se tornassem oficialmente de ordem pública ou livre (ordem particular), onde as faculdades existentes poderiam ser agrupadas por uma reitoria, tendo, portanto, um vínculo administrativo (OLIVEN, 2002)

A partir desta permissão governamental, a primeira Universidade brasileira em moldes parecidos com a que conhecemos atualmente, foi a Universidade de São Paulo, criada em 1934, seguida da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1946) e a Universidade Federal da Bahia (1948), que abrigaram intelectuais europeus fugidos da devastação da II Guerra Mundial (ALMEIDA FILHO, 2003).

Com a criação das primeiras Universidades, deu-se então uma corrida pela expansão do Ensino Superior no país, que pôs em debate a produção do conhecimento das Instituições de ensino Superior (IES) e a qualidade destas instituições. Para Anísio Teixeira (2005) apenas com a criação da Universidade de Brasília, na década de 1960, surge uma Universidade dentro de um modelo adequado, que se ergue no momento histórico em que se elaboravam as Leis de Diretrizes e Bases (LDB). Por volta de 1966 e 1967, através dos Decretos-leis n° 53 e 252, as bases que estruturavam a Universidade de Brasília (UnB) foram estendidas às outras universidades federais brasileiras (TEIXEIRA, 2005).

Devido à efervescência da sociedade naquela época e à exigência social de uma Reforma Universitária, principalmente pelo movimento estudantil, deu-se início à Reforma de 1968, através da aprovação da Lei da Reforma Universitária (Lei n° 5540/68), que tinha como objetivo propor soluções para a resolução da crise universitária brasileira, pretendendo implantar o modelo norte-americano de educação como estratégia a esta crise, sendo o tecnicismo a concepção que norteou a reforma (FÁVERO, 2006).

Oliven (2002) relata que, após 1968, ocorre a expansão do setor privado, devido à exigência do aumento do número de vagas nestas instituições, sendo que no início da década de 1980, mais da metade dos alunos estavam matriculados em instituições particulares.

Dados então revelam que:

No ano de 1981, o Brasil contava com 65 universidades, sete delas com mais de 20.000 alunos. Nesse mesmo ano, o número de estabelecimentos isolados de ensino superior excedia a oitocentos, duzentos e cinquenta dos quais com menos de 300 alunos. As novas faculdades isoladas não eram lócus de atividades de pesquisa, dedicando-se, exclusivamente, ao ensino (OLIVEN, 2002, p. 34).

Segundo Santos e Almeida Filho (2008), em 1985 ocorre uma nova tentativa de reforma, quando o governo Sarney (1985-90) institui a Comissão Nacional para Reformulação da Educação Superior, onde participaram entidades que foram excluídas na Reforma de 1968. Esta comissão elaborou um relatório final que continham propostas de modificações na educação superior. Destaca-se o conceito superficial de autonomia universitária proposta pelo relatório, que inspirou o texto da Constituição de 1988, sendo para os autores supracitados dúbio e superficial.

Porém, nenhum projeto de lei ou proposta foi encaminhada, devido ao relatório apresentado pela comissão. Segundo Santos e Almeida Filho (2008), a única modificação que foi pautada por este relatório, foi já no Governo Itamar Franco (1992-1995), que ocorreu mudanças substanciais na composição do Conselho Federal de Educação.

Foi então que, sob a presidência de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em meados dos anos 1990, tendo em vista os últimos acontecimentos ocorridos no cenário mundial, houve um aumento significativo do número de vagas no Ensino Superior, principalmente pelas instituições de iniciativa privada “devido a um processo radical de desregulamentação que abriu o sistema para investimentos privados locais”; porém, este aumento “não se associou diretamente à melhor qualidade de ensino” (UFBA, 2006, p. 13).

Para Silva Júnior e Squissardi (2005, p. 5) esta expansão, com sérios problemas de qualidade, ocorre devido a tentativas frustradas de ações político-administrativas, durante o octênio do Governo FHC,

tanto pela via legislativa, quanto por medidas ostensivas de restrição do crescimento do setor público federal e de incentivo à expansão do setor privado; tanto pela negação da autonomia, pelo congelamento salarial, pela redução de vagas docentes e de funcionários e pelo drástico corte do financiamento das instituições federais de ensino superior, quanto pela adoção de um sistema de avaliação da educação superior contábil e definidor de ranking interinstitucional, ao gosto da mídia e do mercado.

Durante o período de 1995-2000 o Ministério da Educação difundiu uma sequência de documentos que traziam propostas de desregulamentação do setor privado e reestruturação da universidade pública, que tinham como principal eixo de discussão a governança e a autonomia universitária dos Institutos Federais de Educação Superior (IFES) (UFBA, 2006).

Enquanto se tentava reconstruir o ensino superior público brasileiro, na Europa surge uma nova visão para a educação superior mundial, que foi bastante significativa para o ensino superior brasileiro, o chamado Processo de Bolonha, que se iniciou informalmente em Maio de 1998, com a declaração de Sorbonne, e deslanchou oficialmente com a Declaração de Bolonha[[4]](#footnote-4), em Junho de 1999, a qual define um conjunto de etapas e de passos a serem dados pelos sistemas de ensino superior europeu, no sentido de construir um espaço europeu de ensino superior globalmente harmonizado, assumindo assim um papel de relevância na educação mundial (LIMA; AZEVEDO; CATANI, 2008).

Essa declaração propôs que a estrutura acadêmica das Universidades da União Europeia fosse dividida em três ciclos: o primeiro, de formação geral, posteriormente uma formação profissional e para aqueles que quisessem se dedicar à pesquisa, um doutorado (BASTOS, 2007).

A reforma do ensino superior europeu significou certa influência no ensino superior brasileiro. Em relação a estas influências, Siebiger (2010, p. 123) traz algumas iniciativas como:

a proposta de convergência dos sistemas de educação superior da Europa, América Latina e Caribe estabelecida na Declaração de Florianópolis, o Tratado de Amizade Brasil-Portugal, as medidas prospectadas pelo Mercosul, o projeto de criação da Universidade Federal da Integração Luso-Afro-Brasileira (UniLAB) e a recente implementação de duas instituições superiores — Universidade Federal da Integração Latino-Americana (Unila) e Universidade Federal da Integração Amazônica (Uniam) — seriam passos concretos em direção à construção de estruturas de educação superior na América Latina equivalentes e compatíveis com as previstas no Processo de Bolonha. Assim, considerando a conjuntura de criação e as principais estratégias políticas do Processo de Bolonha, abordam-se as referidas iniciativas de criação de sistemas transnacionais de educação superior em que o Brasil é país integrante no intuito de se identificar tais semelhanças.

Foi então que a partir do Governo Lula (2003-2010), quando a reforma universitária voltou a ter amplo debate, novamente se tornando uma meta para o Ministério da Educação (MEC), algumas iniciativas foram pensadas para a Universidade do século XXI. Uma destas iniciativas foi a Universidade Nova, que será discutida no próximo subtópico.

## 2.2 Por uma nova universidade: o Projeto UFBA Nova, a Universidade Nova e o Reuni

Com este processo de reforma nas universidades da Europa, onde ocorreu um ousado movimento de reestruturação a partir do Processo de Bolonha, criando o Espaço Europeu de Educação Superior, foi despertado, mais uma vez no Brasil, o interesse em uma nova Reforma Universitária nacional, que teria por objetivo adaptar as universidades brasileiras a estes novos caminhos das universidades contemporâneas em tempos de globalização. Segundo Lima, Azevedo e Catani (2008), qualquer movimento de reforma nas universidades pelo mundo, no início do século XXI, tinham por referência e inspiração o Processo de Bolonha.

Corroborando com esses dados, Barreto e Mendes (2012, p. 2) afirmam que:

Com o avanço da globalização, aliado às mudanças ocorridas nos Estados Unidos e na Europa, vários países da América Latina, entre eles o Brasil, foram pressionados a repensar e reestruturar a arquitetura do seu modelo de educação superior por meio de mudanças fomentadas por instituições multilaterais como o Banco Mundial, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Organização Mundial do Comércio e Organização das Nações Unidas.

A partir deste contexto de globalização mundial e da realização da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior (1998), foi exigida uma nova organização do trabalho que influenciariam reformas políticas no Brasil em todas as áreas, inclusive a educacional. Surge então uma nova proposta de missão e função para a universidade frente ao século XXI, onde esta teria que educar, formar e realizar pesquisa, tendo como função: ética, autonomia, responsabilidade e prospectiva (LIMA, 2013).

Segundo o *Memorial da Universidade Nova UFBA 2002-2010* (2010a, p. 157):

O esgotamento do modelo profissional de graduação vigente no Brasil era uma constatação já quase consensual. Estreitos campos de saber contemplados nos projetos pedagógicos, precocidade na escolha das carreiras, altos índices de evasão de estudantes por desencanto com os estudos, descompasso entre a rigidez da formação profissional e as amplas e diversificadas competências requeridas pelo mundo do trabalho e, sobretudo, os desafios educativos da Sociedade do Conhecimento, demandavam um modelo de formação superior mais abrangente, mais flexível, mais integrador e de melhor qualidade.

A partir destas influências, como já foi dito anteriormente, surgiram algumas iniciativas, sendo uma destas o projeto intitulado UFBA Nova, que deu origem a um projeto maior intitulado Universidade Nova nas searas educacionais brasileiras.

Nesta Universidade, contexto onde é realizado este estudo, a partir da reeleição do reitor Naomar de Almeida Filho, em 2006, foi dado início à construção de um novo programa de trabalho, que tinha como principal temática a reestruturação curricular na universidade, com o objetivo principal de suscitar na instituição uma verdadeira reforma universitária aos moldes do projeto Escola Nova de Anísio Teixeira (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008).

Esse projeto que foi intitulado de UFBA Nova possuía os seguintes objetivos:

• abertura de programas de cursos experimentais e interdisciplinares de graduação, que poderiam ser não-profissionalizantes ou não-temáticos, com projetos pedagógicos inovadores, em grandes áreas do conhecimento: Humanidades, Ciências Moleculares, Tecnologias, Saúde, Meio Ambiente, Artes;

• renovação do ensino de graduação, por meio de projetos acadêmico-pedagógicos criativos e consistentes, reduzindo as barreiras entre os níveis de ensino como, por exemplo, oferta de currículos integrados de graduação e pós-graduação;

• incentivo a reformas curriculares naqueles cursos que ainda não apresentaram propostas de atualização do ensino de graduação (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008, p. 197).

Tendo em vista ampliar as discussões, a equipe dirigente do projeto apresentou a primeira versão do documento na reunião da Associação Nacional de Dirigentes de Instituições Federais de Educação Superior (ANDIFES), realizada em Recife (2006); posteriormente, no mesmo ano, ao Ministério da Educação (MEC), onde essa apresentação suscitou reformulações ao projeto inicial, sendo esta versão ampliada e revisada já com o título de Universidade Nova (ROCHA, 2014).

Neste momento, para que o projeto pudesse se concretizar, os dirigentes necessitavam unir forças com outros setores do Ensino Superior; assim, diversos reitores de Universidades Federais, seduzidos pela proposta, se uniram para acompanhar e contribuir para o aperfeiçoamento da ideia, realizando grupos de trabalhos e seminários. Foi a partir desse engajamento que o projeto ganhou evidência na mídia, ganhando ainda mais adeptos, mas também críticos ferrenhos, tanto nas Universidades que aderiram à ideia, quanto naquelas que eram contrárias a ela (UFBA, 2010a).

Mas foi a partir de debates promovidos pela Secretaria de Ensino Superior (SESU) que foi possível ampliar, ainda mais, as discussões sobre a proposta. Pode-se perceber esta ampliação através das afirmações de Rocha (2014, p. 99) que:

A fim de subsidiar o debate em torno das propostas de reestruturação curricular, a ANDIFES promoveu e o Ministério da Educação apoiou, por intermédio da Secretaria de Ensino Superior – SESU, a realização, em duas edições, do Seminário Nacional da Universidade Nova. A primeira delas, em dezembro de 2006, na Universidade Federal da Bahia, e a segunda, na Universidade de Brasília, em março de 2007.

Simultaneamente a toda esta discussão, tramitava no Governo Federal uma proposta que daria subsídios para que o Projeto Universidade Nova pudesse sair do papel e acontecer concretamente no cenário do Ensino Superior brasileiro – o Programa de Apoio a Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI).

O REUNI foi instaurado pelo Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Segundo suas Diretrizes Gerais (BRASIL, 2007a, p. 4) definia como um dos seus objetivos:

dotar as universidades federais das condições necessárias para ampliação do acesso e permanência na educação superior, apresenta-se como uma das ações que consubstanciam o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, lançado pelo Presidente da República, em 24 de abril de 2007. Este programa pretende congregar esforços para a consolidação de uma política nacional de expansão da educação superior pública, pela qual o Ministério da Educação cumpre o papel atribuído pelo Plano Nacional de Educação (Lei nº 10.172/2001) quando estabelece o provimento da oferta de educação superior para, pelo menos, 30% dos jovens na faixa etária de 18 a 24 anos, até o final da década.

Foi a partir destas condições oferecidas pelo REUNI que as Universidades Federais, entre elas a UFBA, colocaram em prática o projeto de reestruturação das instituições, tanto em infraestrutura, como em sua arquitetura curricular.

Este programa tinha por diretrizes, como se pode observar no Decreto n° 6.096, em seu artigo 2, nos seguintes incisos:

I - redução das taxas de evasão, ocupação de vagas ociosas e aumento de vagas de ingresso, especialmente no período noturno;

II - ampliação da mobilidade estudantil, com a implantação de regimes curriculares e sistemas de títulos que possibilitem a construção de itinerários formativos, mediante o aproveitamento de créditos e a circulação de estudantes entre instituições, cursos e programas de educação superior;

III - revisão da estrutura acadêmica, com reorganização dos cursos de graduação e atualização de metodologias de ensino-aprendizagem, buscando a constante elevação da qualidade;

IV - diversificação das modalidades de graduação, preferencialmente não voltadas à profissionalização precoce e especializada;

V - ampliação de políticas de inclusão e assistência estudantil; e

VI - articulação da graduação com a pós-graduação e da educação superior com a educação básica (BRASIL, 2007b).

Essas diretrizes forneciam subsídios para algumas inovações como, por exemplo, a criação de novas modalidades de curso de graduação, permitindo ainda, a sustentação dos cursos já existentes e a implantação da estrutura necessária para a ampliação das universidades.

O que se precisa observar mais atentamente para as discussões deste estudo é a terceira diretriz, que permitia a reformulação da arquitetura acadêmica das universidades federais, favorecendo a criação de cursos com novas metodologias de ensino-aprendizagem, entre eles cursos de caráter interdisciplinar que objetivassem uma formação mais geral em um determinado campo do conhecimento.

Assim, a proposta conhecida como Universidade Nova sugeriu uma reforma na arquitetura acadêmica vigente até o momento, com o pensamento de superar os problemas que as reformas universitárias anteriores não haviam conseguido. Segundo o documento da UFBA, *Universidade nova: reestruturação da arquitetura curricular da educação superior no Brasil* visava construir um modelo que tivesse traços tanto do Modelo Norte-americano (flexineriano[[5]](#footnote-5)) quanto do Modelo Unificado Europeu (Bolonha); chama-se a atenção, neste momento, que estes modelos pedagógicos de educação superior já haviam sido utilizados em reformas anteriormente (UFBA, 2006).

A partir desta proposta de reformulação da arquitetura acadêmica, a UFBA, ao aderir ao projeto, colocou em prática, com ajuda dos subsídios fornecidos pelo REUNI, a implantação de um regime de ciclos de educação universitária: os Bacharelados Interdisciplinares.

## 2.3 A criação dos Bacharelados Interdisciplinares na UFBA

Certamente o REUNI, aderido pela UFBA em 2007, trouxe consigo condições favoráveis para que o projeto Universidade Nova, discutido desde 2006, pudesse ganhar respaldo para a realização de mudanças na estrutura curricular acadêmica vigente.

Para Almeida Filho (2007, p. 5) essas mudanças se fazem necessárias, porque:

Além de promover qualidade, flexibilidade, mobilidade e compromisso social na universidade brasileira e torná-la mais integrada ao panorama contemporâneo de educação superior, uma das principais motivações do movimento Universidade Nova consiste no resgate da instituição universitária como casa da cultura. Tal objetivo resulta da constatação de que, na conjuntura brasileira atual, a universidade às vezes consegue cumprir sua função de formar profissionais tecnicamente competentes, mas permite, por omissão, que os alunos saiam dela incultos.

A partir dessa ideia de mudança no panorama da educação superior brasileira que se mostrava tecnicista, a UFBA propôs a criação de cursos interdisciplinares que abrangessem grandes áreas do conhecimento e que trabalhassem com as três culturas como eixos estruturantes do saber: a Cultura Humanística, a Cultura Artística e a Cultura Científica (ALMEIDA FILHO, 2007).

Para que estas modificações pudessem ser realizadas, foi necessário que fossem sintonizadas com os princípios e orientações gerais do programa REUNI, onde a UFBA assumiu metas juntamente com o Governo Federal para a reestruturação da Universidade, são elas:

* Implantação de 28 novos cursos de graduação;
* Abertura de 21 novas turmas de cursos existentes;
* Ajuste de 22 cursos existentes ao REUNI;
* Abertura de 16 turmas de Licenciaturas Especiais;
* Implantação de sete Cursos de Educação Superior Tecnológica;
* Implantação de 4 Bacharelados Interdisciplinares (UFBA, 2010a, p. 173).

Como consequência para o cumprimento dessas metas, a UFBA implantou novos cursos, denominados Bacharelados Interdisciplinares (BI). Estes possuíam uma arquitetura curricular diferente do modelo vigente, transformando o modelo atual em regime de ciclos, a saber:

Primeiro Ciclo: Bacharelados Interdisciplinares (BI), propiciando formação universitária geral, como pré-requisito para progressão aos ciclos seguintes;

Segundo Ciclo: Formação profissional em licenciaturas ou carreiras específicas;

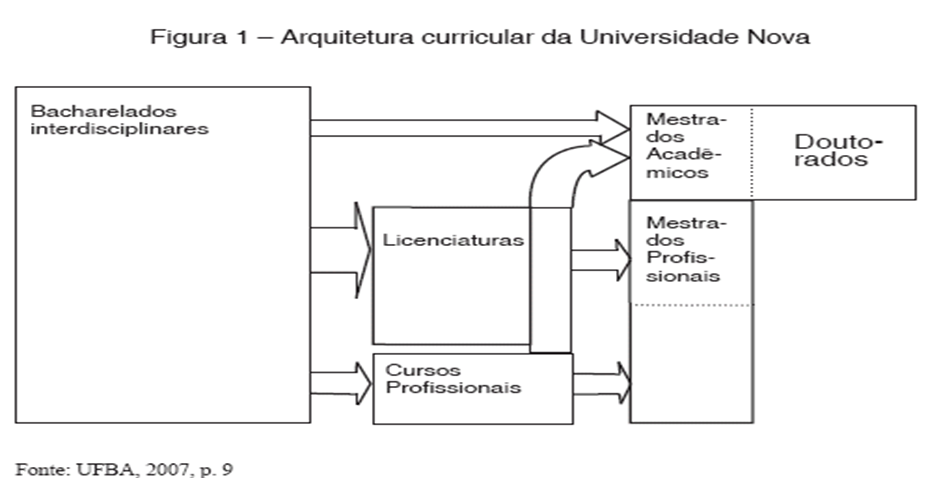
Terceiro Ciclo: Formação acadêmica científica ou artística da pós-graduação (UFBA, 2006, p. 20).

Certamente a implantação dos cursos denominados Bacharelados Interdisciplinares (BI), foi a principal alteração na estrutura curricular da universidade, a partir do projeto Universidade Nova.

Para melhor visualização dos regimes de ciclos proposto pela Universidade Nova, pode-se observar a figura abaixo:

–

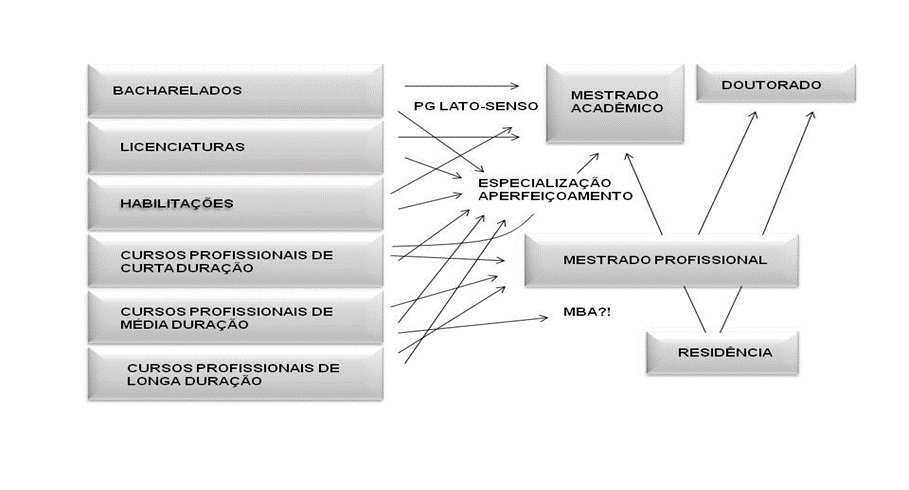
Figura 1- Arquitetura curricular da Universidade Nova.



Fonte: UFBA, 2007, p. 9

Com o intuito de comparação entre as duas propostas de modelos curriculares brasileiros vigentes na atualidade observe-se a figura a seguir:

Figura 2- Arquitetura curricular do modelo brasileiro atual (progressão linear)



Fonte: Adaptado de SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008, p. 158.

Segundo os *Referenciais Orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares* (BRASIL, 2010), os BI são cursos de graduação de caráter geral, que concebem a obtenção de diploma, e se organizam em torno das grandes áreas do conhecimento, constituindo grandes áreas, por exemplo: Ciências da Vida, Ciências Naturais e Matemáticas, Humanidades, Artes e outros (BRASIL, 2010).

Santos e Almeida Filho (2008) acrescentam que esta modalidade de graduação incorpora ao estudante uma formação humanística, artística e científica em um dado campo do saber, se caracterizando como um ciclo inicial dos estudos superiores, que tem como alvo gerar autonomia na sua aprendizagem ao longo da vida, o inserindo plenamente na vida social levando em consideração todas as suas perspectivas.

Para que estes cursos pudessem ter caráter verdadeiramente interdisciplinar, onde houvesse um diálogo entra as áreas de conhecimento e entre os componentes do currículo, fazendo com que a formação de seus estudantes fosse autônoma e flexível, foram criados alguns princípios, sendo estes:

1. Formação acadêmica geral alicerçada em teorias, metodologias e práticas que fundamentam os processos de produção científica, tecnológica, artística, social e cultural;
2. Formação baseada na interdisciplinaridade e no diálogo entre as áreas de conhecimento e os componentes curriculares;
3. Trajetórias formativas na perspectiva de uma alta flexibilização curricular;
4. Foco nas dinâmicas de inovação científica, tecnológica, artística, social e cultural, associadas ao caráter interdisciplinar dos desafios e avanços do conhecimento;
5. Permanente revisão das práticas educativas tendo em vista o caráter dinâmico e interdisciplinar da produção de conhecimentos;
6. Prática integrada da pesquisa e extensão articuladas ao currículo;
7. Vivência nas áreas artística, humanística, científica e tecnológica;
8. Mobilidade acadêmica e intercâmbio interinstitucional;
9. Reconhecimento, validação e certificação de conhecimentos, competências e habilidades adquiridas em outras formações ou contextos;
10. Estímulo à iniciativa individual, à capacidade de pensamento crítico, à autonomia intelectual, ao espírito inventivo, inovador e empreendedor;
11. Valorização do trabalho em equipe (BRASIL, 2010, p. 4-5).

Onde seus egressos deveriam ter as seguintes competências, habilidades, atitude e valores:

1. capacidade de identificar e resolver problemas, enfrentar desafios e responder a novas demandas da sociedade contemporânea;

2. capacidade de comunicação e argumentação em suas múltiplas formas;

3. capacidade de atuar em áreas de fronteira e interfaces de diferentes disciplinas e campos de saber;

4. atitude investigativa, de prospecção, de busca e produção do conhecimento;

5. capacidade de trabalho em equipe e em redes;

6. capacidade de reconhecer especificidades regionais ou locais, contextualizando e relacionando com a situação global;

7. atitude ética nas esferas profissional, acadêmica e das relações interpessoais;

8. comprometimento com a sustentabilidade nas relações entre ciência, tecnologia, economia, sociedade e ambiente;

9. postura flexível e aberta em relação ao mundo do trabalho;

10. capacidade de tomar decisões em cenários de imprecisões e incertezas;

11. sensibilidade às desigualdades sociais e reconhecimento da diversidade dos saberes e das diferenças étnico-culturais;

12. capacidade de utilizar novas tecnologias que formam a base das atividades profissionais;

13. capacidade de empreendedorismo nos setores público, privado e terceiro setor (BRASIL, 2010, p. 5).

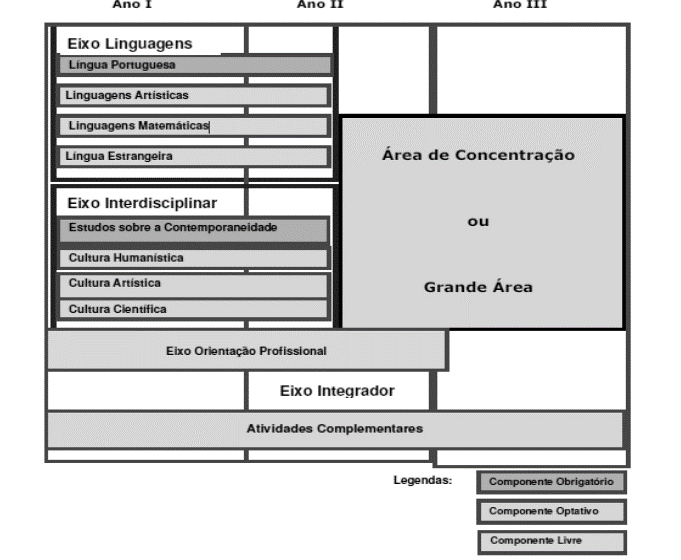
A partir destes princípios norteadores, da proposta de criação dos BI e das competências esperadas de seus egressos se criou, dentro de quatro grandes áreas do conhecimento, os Bacharelados Interdisciplinares na UFBA, que são eles: BI em Artes (BIA), BI em Humanidade (BIH), BI em Ciências & Tecnologias (BIC&T) e BI em Saúde (BIS).

Para Santos e Almeida Filho (2008), a criação destes novos cursos seria uma alternativa a um Ensino Superior que estava pautado em uma tendência profissionalizante, possuindo uma construção curricular simplista, que se apresenta fragmentada e distanciada dos saberes e práticas que levam às mudanças sociais.

Os BI se constituem de duas etapas de formação, sendo uma de Formação Geral (3 primeiros semestres) e uma de Formação Específica (3 últimos semestres) como nos apresenta a figura abaixo:

–.

Figura 3 - Estrutura curricular dos Bacharelados Interdisciplinares da Universidade Federal da Bahia



Fonte: UFBA, 2008, p. 27.

Como podemos observar, a primeira etapa – Formação Geral – é composta pelos eixos de linguagem, interdisciplinar e integrador; e a segunda etapa – Formação Específica – pelos eixos de orientação profissional, área de concentração e integrador[[6]](#footnote-6).

O acesso a estes cursos de graduação, segundo os referenciais orientadores, poderia ser realizado através de processos seletivos com a semestralidade normalmente adotada pela instituição proponente, recomendando a aplicação do rendimento do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) como via de ingresso, com amparo dos critérios alicerçados em ações afirmativas (BRASIL, 2010).

Faz-se necessário chamar a atenção que o processo seletivo para ingresso dos estudantes no regime de ciclos na UFBA é realizado pelo ENEM, porém o ingresso em carreiras específicas dos Cursos de Progressão Linear (CPL)[[7]](#footnote-7) não foi abolido, sendo que 20% das vagas destes cursos seria destinada aos egressos dos BI. Ou seja, para a entrada em um CPL o candidato não necessita, necessariamente, cursar o primeiro ciclo da educação superior.

Em vias estruturais e organizacionais, para acolher os Bacharelados Interdisciplinares, o Plano REUNI-UFBA previa a criação de um novo instituto, já que estes cursos de graduação necessitavam de uma grande estrutura organizacional para serem gerenciados. Este fato se concretizou em 22 de outubro de 2008, quando, por unanimidade, o Conselho Universitário (CONSUNI) criou o Instituto de Humanidades, Artes e Ciências (IHAC) Professor Milton Santos, que tem como objetivo:

fomentar uma configuração MIT (multi, inter, trans) disciplinar do conhecimento, mediante a oferta de programas interdisciplinares de graduação e pós-graduação, além da pesquisa, criação e inovação produzidas em centros de pesquisa e extensão (UFBA, 2010a, p. 184).

Portanto, este novo instituto ficou responsável de implantar as condições mínimas para que se iniciassem os trabalhos nos BI, realizando todas as tramitações legais para que as aulas pudessem ter início.

Por fim, segundo relatório disponibilizado pela Pró-Reitoria de Planejamento e Orçamento (Proplan), na data base de 2013 foram oferecidas 400 vagas no turno diurno e 900 no turno noturno, tendo 20.485 candidatos inscritos no processo seletivo, sendo que para os cursos diurnos a relação candidato-vaga era de 10,8 para 1 vaga e no noturno 17,9 (UFBA, 2014).

## 2.4 A Formação Superior em Ciclo no Campo da Saúde: o BI em Saúde da UFBA

A organização dos currículos no campo da saúde por muito tempo vem sofrendo influências do modelo biomédico. Neste modelo se observa o corpo humano a partir de uma visão mecanicista, onde os seres humanos se apresentam formados por partes inter-relacionadas, sendo a doença vista como uma desordem em uma destas partes. Consequentemente, os conteúdos curriculares se apresentam fragmentados em disciplinas estanques que não se comunicam, priorizando os problemas de saúde individuais aos coletivos, desconsiderando a complexidade do fato do adoecer. Este tipo de formação espera do estudante a memorização de conteúdos e não aperfeiçoa a sua capacidade de análise crítica, nem a sua autonomia na aprendizagem (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

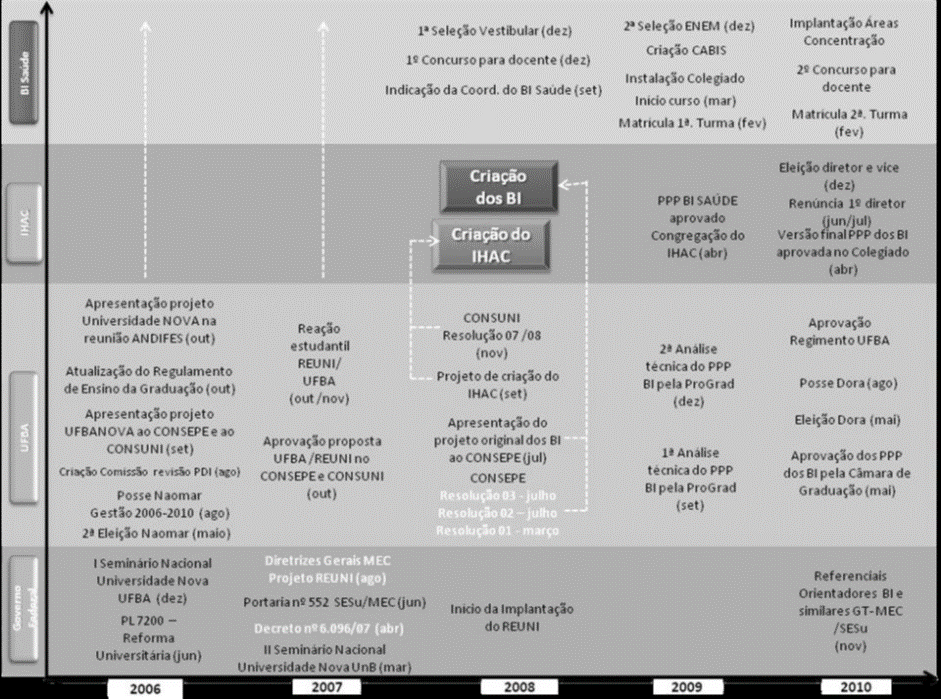
Assim, a proposta da criação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) vem de encontro a esta estrutura curricular, adotando o conceito ampliado de saúde, centrado na tríade saúde-doença-cuidado, favorecendo o aumento da percepção de seus alunos na complexidade do campo da saúde na contemporaneidade, através da multiplicidade de saberes e práticas, tornando-os indivíduos mais conscientes e críticos em relação aos temas inerentes ao campo (ROCHA, 2014).

No primeiro momento, levando-se em consideração a sugestão de Almeida Filho (2007) sobre as três culturas, foram cogitados apenas três BI; porém, quase que imediatamente surgiu a ideia de criação de um curso interdisciplinar na área de saúde, baseada na teoria dos campos de Bourdieu[[8]](#footnote-8), sendo então a saúde considerada um campo vasto de conhecimento que poderia sustentar a criação de um curso interdisciplinar específico (TEIXEIRA; COELHO, 2014).

A implementação do curso se deu em 2008, a partir da indicação, pela reitoria da universidade, da coordenadora, a Profª Drª. Carmem Fontes Teixeira, que se responsabilizou inicialmente a revisar o projeto inicial e a matriz curricular do BIS e a realizar o primeiro concurso público para docente do curso. A primeira versão do projeto do BIS foi elaborada entre fevereiro e abril do ano seguinte, já com o auxílio da professora contratada Drª Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, onde esta construção buscava obedecer a três princípios: 1) conservação das diretrizes do projeto geral dos BI; 2) inclusão das sugestões dadas nas reuniões de Congregação do IHAC; 3) autonomia do Colegiado para propor um projeto que contivesse uma arquitetura geral comum e comportasse os conteúdos próprios a cada campo. O projeto tramitou internamente na UFBA, sendo que sua versão final, só foi aprovada em maio de 2010, pela Câmara de Ensino de Graduação (CGE), já com o curso em funcionamento (TEIXEIRA, COELHO; ROCHA, 2013; TEIXEIRA; COELHO, 2014).

A figura 4, abaixo, exemplifica e visualiza a tramitação do Projeto entre 2006 e 2010:

Figura 4 - Linha do tempo do processo de criação, formulação e implantação do BI Saúde: 2006 – 2010.



Fonte: TEIXEIRA, COELHO e ROCHA, 2013, p. 1638

A versão final do projeto (UFBA, 2010b, p.7) entende que o BIS é:

um curso de graduação de duração plena que visa agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento no campo da saúde, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que conferem autonomia para a aprendizagem e uma inserção mais abrangente e multidimensional na vida social [...]

Em relação ao desenho curricular do curso, Rocha (2014, p. 122) afirma que:

a especificação e distribuição dos diversos componentes curriculares resultaram do esforço de “tradução” dos diversos “eixos estruturantes” contidos no projeto original às possibilidades abertas com a criação do IHAC e, ao mesmo tempo, às condições operacionais oferecidas pela manutenção da arquitetura acadêmica e estrutura curricular dos diversos cursos oferecidos pelas unidades da UFBA.

Complementando o que foi dito acima, Teixeira e Coelho (2014) relatam a dificuldade que foi enfrentada em alocar os componentes curriculares nas três culturas (científica, humanística e artística), visto que, por uma discussão epistemológica, o Campo da Saúde extrapola os limites disciplinares se apresentando como uma área MIT-disciplinar.

Observando o quadro abaixo, pode-se notar como está disposto o desenho curricular do curso.

Quadro 1 - Síntese da distribuição da carga horária do curso

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eixo/Módulos** | **Componentes Curriculares (CC)** | **CH** |
| Módulo Interdisciplinar | HAC A01 – Estudos sobre a Contemporaneidade I | 68 h |
| HAC A34 – Estudos sobre a Contemporaneidade II | 68 h |
| Módulo Culturas | 2 CC Cultura humanística (a escolher) | 136 h |
| 2 CC Cultura artística (a escolher) | 136 h |
| Eixo Linguagens | LET E43 Língua Portuguesa, Poder e Diversidade | 68 h |
| LTE E45 Leituras e Produção de Textos em Língua Portuguesa | 68 h |
| HAC Oficina de Textos Acadêmicos e Técnicos em Saúde | 68 h |
| Formação específica  (2ª etapa)  CC Obrigatórios | HAC A10 – Introdução ao Campo da Saúde | 68 h |
| HAC A40 – Campo da Saúde: Saberes e Práticas | 68 h |
| HAC – Saúde, Educação e Trabalho | 68 h |
| Formação específica  (2ª etapa)  CC Optativos | 11 CC oferecidos pelas unidades de saúde e/ou pelo IHAC | 748 h |
| **SUBTOTAL** | | 1020 h |
| **ATIVIDADES COMPLEMENTARES** | | 360 h |
| **COMPONENTES LIVRES** (7 CC de 68 h) | | 476 h |
| **TOTAL GERAL** | | 2400 h |

Fonte: UFBA, 2010b, p. 16.

Espera-se que o egresso tenha um olhar amplificado sobre o processo saúde-doença e a complexidade de relação deste com a sociedade contemporânea, tendo a habilidade e competência de, através das disciplinas do campo científico, relacionar as três culturas com os temas relativos ao campo da saúde. Essas habilidades e competências são de origem gerais, específicas e valorativas/compromissos éticos (UFBA, 2010b).

Quadro 2 - Perfil esperado dos egressos do BI em Saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| Competências e habilidades gerais | * Capacidade de abstração, análise e síntese de conhecimentos; * Habilidades para buscar, processar e analisar informação procedente de fontes diversas; * Capacidade de comunicação oral e escrita em língua portuguesa; * Habilidades no uso das tecnologias da informação e da comunicação; |
| Competências e habilidades específicas | * Compreender a complexidade do campo da saúde nas sociedades contemporâneas; * Identificar e analisar problemas de saúde no âmbito individual e coletivo; * Analisar políticas públicas, programas e projetos da área de saúde; * Identificar e analisar as tendências do mercado de trabalho e das práticas profissionais em saúde. |
| Competências e habilidades valorativas e compromissos éticos | * Responsabilidade social e compromisso cidadão; * Valorização e respeito pela diversidade cultural; * Consolidação dos valores democráticos na sociedade contemporânea; * Preservação do meio ambiente; * Compromisso ético-político no campo da saúde. |

Fonte: Adaptado de UFBA, 2010b, p. 8.

Sobre a implementação do curso, como podemos visualizar na Figura 4, o primeiro vestibular para os BI deu-se em 2009, sendo oferecidas 900 vagas para o primeiro ciclo da estrutura acadêmica da Universidade Nova, sendo que, destas, 100 eram para o BIS. Neste período, o curso contava com apenas duas professoras específicas da área de saúde, que assumiram os cargos de coordenação e vice-coordenação, sendo que uma destas assumiu um componente curricular do eixo específico e a outra do eixo interdisciplinar. Quando, em 2010, se triplicou o número de vagas para o BIS, foram contratados três professores substitutos, que atuaram apenas em 2010, sendo que no segundo semestre deste mesmo ano foi realizado um novo concurso onde foram contratados 5 professores aprovados, 2 através de redistribuição de outras universidades federais e, em 2011, mais 1 se agregou vindo do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), em tempo parcial. Assim, em 2011, o BIS contava com 10 professores (TEIXEIRA, COELHO; ROCHA, 2013; TEIXEIRA; COELHO, 2014).

Em 2009 foram ofertadas no turno noturno 100 vagas aos estudantes pretendentes ao BIS, candidatos ainda aprovados através do sistema de vestibular da universidade, sendo que, a partir de 2010, o instituto responsável pelo BI adotou o ENEM como porta de entrada aos cursos, ampliando o número de vagas do BIS em 100 no turno vespertino e 200 no turno noturno, que foram mantidas no ano seguinte (TEIXEIRA; COELHO, 2014).

Segundo dados fornecidos pelo Colegiado do BIS, em 2014.1, existiam 890 alunos matriculados no referido curso, sendo 253 estudantes do turno diurno e 637 do turno noturno.

Durante todo este processo aqui relatado se pode pensar em um fluxograma onde os alunos tivessem autonomia sobre a sua formação e, como já foi dito anteriormente, aprendessem a aprender, sendo oferecidas diversas possibilidades de formação neste primeiro ciclo. Este fluxograma é composto por disciplinas obrigatórias e optativas, que obedecia a ideia das três culturas defendida no projeto do curso.

Segundo Teixeira e Coelho (2014) existem diversos problemas na implantação e principalmente na consolidação do BIS, tanto na UFBA, quanto no mercado de trabalho. Para as autoras os maiores/principais problemas seriam: na implantação, a tensão gerada entre uma proposta de inovação do BIS e o modelo de formação fragmentada dos CPL na universidade; e para consolidação a aceitação/entendimento social e do mercado de trabalho sobre a nova graduação.

Para Rossoni e Lampert (2004) a formação em saúde precisa deslocar-se da visão hospitalocêntrica e medicamentosa, para uma visão de cuidado interdisciplinar, respeitando os princípios do SUS e modificando os perfis profissionais para que possa alcançar a estratégia da atenção integral. O grande papel do ensino superior seria a formação de profissionais mais humanistas capazes de atuar na integralidade da atenção em saúde, a partir de equipes multiprofissionais.

O BIS então permite que os futuros profissionais se sensibilizem com os Determinantes Sociais da Saúde[[9]](#footnote-9) (DSS), criando novas proposta de enfrentamento para os problemas do processo saúde-doença, centrando suas propostas à luz das políticas formuladas e implementadas pelo SUS, tornando-se assim autores de transformação deste mesmo sistema e de si.

# 3 PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CENÁRIO MUNDIAL

## 3.1 O processo saúde-doença: construções, dilemas e necessidades.

Para Almeida Filho (2011), o conceito de saúde se constitui uma grande lacuna teórica das ciências da saúde, um desafio latente e epistemológico que necessita de superação. Em outro texto, o autor relaciona esta discussão ao ponto cego das disciplinas que compõe o que se conhece como campo[[10]](#footnote-10) da saúde (ALMEIDA FILHO, 2000).

Coelho e Almeida Filho (2002) ao citar Canguilhem afirmam que, na perspectiva epistemológica, conceituar saúde se apresenta como uma dificuldade desde a Grécia Antiga e asseguram a existência de uma carência científica que aborde esta discussão na atualidade, os autores arriscam-se a levantar a hipótese de que essa “pobreza conceitual” pode ter sido fruto da influência da indústria farmacêutica e de uma cultura da doença construída pela modernidade, que reduzem o interesse por este debate.

Corroborando, alguns pesquisadores relatam uma dificuldade no esforço de definir cientificamente o conceito de saúde; para estes autores isso se dá devido ao seu caráter subjetivo inseparável (ALMEIDA FILHO, 2000; CAPONI, 2003; BAGRICHEVSKY, ESTEVÃO, PALMA, 2006; RIGO, PARDO, SILVEIRA, 2007).

Bastos (2011) relata em seus estudos que a grande dificuldade nesta conceituação se dá, porque a saúde nada mais é do que vida, assim levando esta discussão a um patamar muito maior do que seria vida afinal.

Batisttela (2007b), revisitando a obra de Canguilhem, afirma que o teórico sustenta a ideia de que cientificamente a saúde não pode ser considerada um conceito, pois esta é uma questão comum e filosófica.

Porém, o que se precisa observar é que definições, conceitos, simbologias, entre outros, são “[...] instrumentos empregados para auxiliar na tentativa de capturar o(s) significado(s) de determinado fenômeno, e que nem sempre é exequível” e que “[...] por mais elaborado que seja o conceito, trata-se apenas de uma representação simbólica imperfeita e parcial da realidade” (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006, p. 31-32).

Essa necessidade de elaboração de conceitos pela humanidade, segundo Araújo (2006), se revela pela ânsia humana de compreensão do mundo e pela necessidade de nitidez na troca de informações, que impele o homem a conceber sistemas mais elaborados para a sistematização do saber.

Para Rigo, Pardo e Silveira (2007) ao trabalhar com as contribuições de Gilles Deleuze e Félix Guatari para o campo, a produção do conceito em determinada área do conhecimento se dá pelo momento histórico a qual a discussão está inserida, onde a construção destes não se apresenta estanque no mundo, mas está sempre em movimento, no plano da imanência, através de personagens conceituais.

Neste movimento contínuo dos campos, a produção conceitual

envolve escolhas, recortes, estabelecimento de perspectivas e regras. A produção de conceitos em áreas como a saúde se dá em espaços políticos em que os saberes e os poderes aí presentes irão atestar o caráter representacional, cultural, simbólico de todo o conceito quando diz respeito a práticas da experiência humana (RIGO; PARDO; SILVEIRA, 2007, p. 162).

Esta discussão se apresenta importante, pois, dependendo do recorte realizado pelo campo e dos conceitos criados pelo senso comum, haverá uma interferência nas práticas profissionais ou não profissionais de saúde, pois o processo de conceitualização da saúde se apresenta como um exercício de olhar para si e para as práticas exercidas na sociedade, o que gera em seus personagens uma inquietação referente ao que realmente significa saúde. Corroborando com este pensamento, Batistella (2007a, p. 27) afirma que “os conceitos são a referência das práticas”.

A partir das ideias colocadas até aqui, pode-se considerar então o conceito de saúde como impreciso, abrangente e dinâmico que reflete as características de um tempo, que repercute todas as conjunturas vividas em uma determinada época e lugar. Isto posto, quando se reconhece a saúde como um processo histórico complexo, se remete a possibilidade de que seu conceito sofra modificações a partir da construção dos conhecimentos em cada sociedade, sofrendo influências dos aspectos culturais, sociais, econômico, políticos, entre outros, ou seja, sofrendo influências de um determinado constructo social, influenciando as práticas (BATISTELLA, 2007b).

Corroborando com o que foi dito acima, Langdon e Wiik (2010, p. 178) expressam que:

as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles individuais ou coletivos.

Então, já que há uma relação tão íntima entre a saúde e a sociedade, se faz necessário, neste momento, a discussão sobre a trajetória percorrida pela saúde ao longo da história, para que se possa perceber como esta relação vem sendo construída na atualidade e como seu conceito é construído ao longo da história.

O que se propõe a realizar a partir daqui é relatar, com base em um referencial teórico, como esta construção se deu ao longo dos tempos, trazendo para o debate a construção deste conceito no percurso da humanidade.

Segundo Lourenço *et al.* (2012, p. 19):

A trajetória da humanidade é acompanhada também pelo desenvolvimento e construção do conceito de saúde ao longo dos tempos, influenciada por características próprias de cada período. Desde os primórdios da humanidade o ser humano se questiona sobre a origem da vida, as razões da existência e o que é ter saúde.

Ao mesmo tempo Arantes *et al.* (2008, p. 190-191) afirmam que:

A historicidade dos conceitos deriva da necessidade contínua de produção de instrumentos que possam orientar o pensamento na busca de soluções para os desafios da vida cotidiana. Por conseguinte, a sua produção se apóia nas concepções filosóficas, teóricas e políticas hegemônicas em um determinado momento, não sendo possível, portanto, abordar um conceito sem refletir sobre a sua história.

Assim, a construção do conceito de saúde e doença na humanidade está marcada pela interação entre corpos humanos, coisas e os seres que os rodeiam, onde elementos naturais e/ou sobrenaturais circundam estas relações, impregnando de sentidos esta criação (SERVALHO, 1993).

As sociedades primitivas eram nômades, viviam em grupos, tendo a sua subsistência extraída da caça, da pesca e da coleta de suprimentos, onde o principal objetivo era sobreviver. Essas sociedades simples tinham por crença que a natureza e seus acontecimentos eram espíritos que regiam a vida humana e influenciavam os eventos, inclusive os relacionados com a saúde. Estes construíram crenças místicos-religiosas sobre o processo saúde-doença, tentando explicar os mistérios do nascimento, da natureza, das doenças e da morte (LOURENÇO *et al.*, 2012; BASTOS, 2011; SCLIAR, 2007; BATISTELLA, 2007a; BARROS, 2002).

Respaldando a afirmativa acima, Pinheiro, Chaves e Jorge (2004, p. 94) relatam que:

Nas sociedades primitivas, a doença era vista como resultado de alguma coisa misteriosa introduzida no corpo da vítima, ou como decorrência de atos mágicos realizados por deuses ou feiticeiros. Os seres humanos entendiam a doença como “perda da alma”, “invasão do corpo por demônio”, “castigos”, “bruxaria” e “fatalidades”.

Ou seja, a doença era mandada por seres mágicos e o retorno à saúde só poderia ser realizada através de encantamentos. Exemplo desta afirmação são as curas realizadas nas tribos primitivas pelos Xamãs, Curandeiros, Sacerdotes e outros detentores dos poderes divinos. Nota-se que ainda hoje perdura esta ideia, nas curas realizadas por diversas seitas e religiões em nossa sociedade contemporânea (BARROS, 2002; PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004).

Para Mendes, Lewgoy e Silveira (2008, p. 25) foi a cultura grega clássica que

contribuiu para descortinar novos horizontes no processo saúde-doença, introduzindo a explicação racional. Consideravam que a observação empírica, como a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social contribuíam para o aparecimento de doença. Emerge de então a concepção de que não havia doenças, mas doentes.

Scliar (2007) afirma que, apesar de os gregos ainda manterem esta ideia mitológica, mesmo porque vários de seus deuses estavam ligados à noção de saúde, eles utilizavam de outras ferramentas para a cura de seus doentes como as plantas e outros métodos naturais, não só os rituais.

Como exemplo, Pinheiro, Chaves e Jorge (2004, p. 95) relatam o mito de Apolo,

deus da medicina, que enviava as doenças para a terra e dela só ele podia afastá-las. A mitologia diz que Apolo teria ensinado Medicina a Quiron, filho de Saturno, encarregado da educação de Esculápio, filho de Apolo e da ninfa Coronis. Esculápio se tornou um excelente médico, responsável pela diminuição do número de almas enviadas ao inferno, o que lhe valeu o castigo de Zeus – a morte. Esculápio passou a ser adorado nos templos situados nas vizinhanças de fontes de águas minerais, verdadeiros centros de saúde, dirigidos por sacerdotes. Os pacientes que recebiam as graças da cura faziam oferendas aos deuses – reprodução em mármore ou em cera, das partes do corpo que se haviam curado. Entre os discípulos de Esculápio estão Higéia e Panacéia, patronas da higiene e da farmácia, e os sacerdotes dos templos de Cos e Cnidos [...].

Necessita-se citar ainda, na cultura grega, a figura de Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), que criou a doutrina dos quatro fluídos, por ele chamado de humores – sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra – onde cada uma destas estava relacionada com um elemento da natureza (fogo, água, ar e terra), que constituíam o corpo humano. Para o filósofo, quando ocorria um desequilíbrio entre estes elementos é que se dava o processo de adoecimento; portanto quando estes humores estavam em equilíbrio o indivíduo estava saudável (ZANCHI; ZUNGO, 2012; ALMEIDA FILHO, 2011; BATISTELLA, 2007a; SCLIAR, 2007)

Corroborando, Barros (2002, p. 69) reafirma que:

O chamado Pai da Medicina ocidental identificou a saúde como fruto do equilíbrio dos humores, sendo, por oposição, a doença, resultante do desequilíbrio dos mesmos. Alguns praticantes da medicina contemporâneos ou sucessores de Hipócrates interpretaram a teoria humoral de maneira mais estrita (abrindo exceção apenas para os ferimentos), enquanto outros admitiam a intromissão de agentes externos, como os venenos, na determinação das doenças. A teoria dos humores sobrevive nos dias de hoje em algumas correntes do pensamento médico oriental, como é o caso, da medicina tradicional tibetana ou da medicina ayuvérdica e unani indianas.

A teoria hipocrática era caracterizada pela observação empírica, pois não se limitava à observação apenas da doença, mas levava em consideração a observação do doente e do ambiente ao qual este estava inserido. Em um dos seus textos mais famosos, *Ares, águas e lugares*, este filósofo discutia os fatores ambientais ligados ao processo da enfermidade, onde defendia um conceito ecológico de saúde-doença. Foi a partir da obra deste filósofo que se começou a pensar de uma forma racional a medicina (SCLIAR, 2007; BATISTELLA, 2007a).

Assim, nota-se que Hipócrates entendia a saúde como homeostase, ou seja, que ela era resultante do equilíbrio entre o homem e o meio (BATISTELLA, 2007a). Almeida Filho (2011) confirma, ao relatar que os hipocráticos pensavam o homem como um sistema organizado e estabeleciam a doença como uma desorganização desta condição.

Segundo Barros (2002, p. 70), o ensino hipocrático “aprofunda estratégias de recuperação da saúde, mas, sobretudo, de prevenção das doenças”; essa afirmativa pode ser percebida pela a epígrafe do *corpus hipocraticum[[11]](#footnote-11)* onde se valoriza o ambiente de trabalho, a habitação ou a dieta, na obtenção do bom estado de saúde.

Ainda na Antiguidade, se cria a ideia de miasmas, que seriam emanações das regiões insalubres ou odores fétidos que eram capazes de causar doenças, tendo como base para este pensamento ainda a relação entre o meio e o homem, assimilados da cultura grega (SCLIAR, 2007). Segundo Batistella (2007a) há, a partir daí, um avanço no sentido da engenharia sanitária e da administração das cidades, a exemplo da criação da *cloaca máxima[[12]](#footnote-12)* para a drenagem dos pântanos, dos banhos coletivos estendidos a todos os moradores e da construção de poços particulares para a captação de água potável.

Ainda demonstrando avanços para a saúde na Roma Antiga, Zanchi e Zugno (2012, p. 22) citam outros avanços na engenharia sanitária como “o desenvolvimento de uma higiene pessoal, a inspeção dos alimentos e o controle da prostituição”.

Outro filósofo, mas também médico romano, de origem grega, Galeno de Pérgamo (129-199 d.C.), partindo das ideias hipocráticas dos humores, estabeleceu a teoria das latitudes de saúde, que se dividia em saúde, estado neutro e má-saúde, sendo que a saúde continuava a ser o equilíbrio entre as partes corporais, observando as causas das doenças como endógenas, relacionadas às suas constituições físicas ou exógenas, associadas aos seus hábitos de vida (BARROS, 2002; SCLIAR, 2007, BACKES *et al.*, 2009).

Nas sociedades orientais, nesta época, a ideia de equilíbrio era a que também prevalecia, como exemplo, a cultura chinesa e indiana que compreendiam (ou compreendem) a saúde como um estado de equilíbrio, que poderia ser quebrado por influência do clima, de animais, dos astros, entre outros (SCLIAR, 2007; MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Com a queda de Roma, já na Idade Média (500-1500 d.C.), ocorre um retrocesso dessas novas ideias, onde se volta a perceber a saúde à luz da concepção mágico-religiosa, partindo do princípio “de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição” (SCLIAR, 2007, p. 30). Assim, a doença volta a ser uma manifestação divina para aqueles que desobedeciam as ordens de Deus (BATISTELLA, 2007a).

O mesmo autor cita como exemplo deste retrocesso o tratamento da lepra, doença que tinha para época origem no pecado. Esta assolou grande parte da população. O doente era isolado em leprosários, instituições administradas por religiosos, para que não tivessem nenhum contato com corpos humanos, ou eram retirados das cidades como exilados. Antes se rezava uma missa para os pecadores que eram dados como mortos. O que se deve atentar é que estas instituições não eram lugares para o cuidado com o doente, mas sim espaços de caridade e expiação dos pecados (SCLIAR, 2007). Neste período foram criados os primeiros hospitais e instituiu-se a quarentena (BATISTELLA, 2007a).

Segundo Mendes, Lewgoy e Silveira (2008), o cristianismo entendia a doença como forma de obtenção da graça divina e aqueles que eram merecedores da graça alcançavam a cura. Assim, o Cristianismo, em favor da salvação do espírito, levou ao progressivo abandono de outras práticas (OLIVEIRA; ENGRY, 2000; BATISTELLA, 2007a).

Foi ao final deste período, com a ocorrência de grandes epidemias, que há um retorno – a máxima do contágio entre os indivíduos – sendo as principais causas “a conjugação dos astros, o envenenamento das águas pelos leprosos, judeus ou por bruxarias” (BACKES *et al.*, 2009, p. 113).

Para Batistella (2007a), o desenvolvimento de cuidados com a saúde e da medicina só tiveram prosseguimento entre os árabes e judeus, onde essas ideias dos grandes filósofos foram acrescidas de estudos importantes sobre cirurgia e farmacologia.

Com o Renascimento, dando início à Era Moderna, começa-se a iniciar a mudança destas concepções religiosas (SCLIAR, 2007).

Essa mudança ocorreu devido aos novos pensamentos inseridos pelo Renascimento, mas principalmente pela nova construção do pensamento científico. O próprio termo utilizado para denominar esta Era, surge da pretensão de fazer com que se possa reestabelecer a cultura greco-romana perdida durante a Idade Média. Este período foi caracterizado por novas ideias de homem, como centro do universo, o Antropocentrismo, o Otimismo, o Racionalismo, o Humanismo, o Hedonismo, o Individualismo e o Universalismo (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008).

Paradoxalmente foram dentro das instituições religiosas que abrigaram as primeiras Universidades que estas ideias foram tomando corpo (BATISTTELA, 2007a).

Mas, foi sobre a influência do paradigma cartesiano, que as ciências da saúde se desenvolveram rapidamente, onde foram aperfeiçoadas novas ciências básicas que fizeram surgir a necessidade de estudar os elementos que causavam o contágio (BACKES *et al.*, 2009). Assim, juntas, estas novas ciências: Anatomia, Fisiologia e a Patologia, permitem “o deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna, de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças" (LUZ *apud* OLIVEIRA; ENGRY, 2000, p. 10).

Foi durante este período que o suíço Paracelsus (1493-1541) afirmava que a origem das doenças estava em agentes externos ao organismo. Este cientista, conhecido como o pai da Bioquímica, garantia que os processos ocorridos no corpo humano eram químicos e como tais deveriam ser tratados com remédios derivados desta ciência. Assim, esse cientista começou a administrar alguns minerais e metais aos doentes, como a exemplo do mercúrio, para o tratamento da sífilis, que havia se tornado uma doença endêmica em toda a Europa (PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004; SCLIAR, 2007).

Para Barros (2002), Paracelsus foi o grande representante da transição da escola galênica para o modelo biomédico, pois este apontava como determinação das doenças, influências cósmicas e telúricas ou/e substâncias tóxicas e venenosas, sendo também estas relacionadas à predisposição do próprio organismo ou de motivações psíquicas. As ideias deste cientista ainda relacionavam as enfermidades às reações indevidas dos elementos constitutivos do mundo.

Segundo Pinheiro, Chaves e Jorge (2004, p. 95),

Outro trabalho deste período que merece destaque pertence a Harvey que mostra o coração como uma espécie de bomba muscular, com a função de impelir o sangue nos vasos e mantê-lo em movimento. Nos séculos XVII e XVIII, merecem destaque os estudos de Morgagni e Hunter, de suas obras resultam a convicção de que as doenças decorrem de alterações nos órgãos.

Destaca-se também no final do século XIII, quando ocorria a consolidação do sistema fabril, a ideia de que a saúde ou a falta dela poderia estar relacionada com as condições de vida e trabalho dos indivíduos. Porém, a máxima miasmática foi hegemônica até a metade do século XIX (PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004; BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

O pensamento sobre a saúde na modernidade se inicia com o final da era feudal (Século XV), onde ocorre uma grande expansão econômica e política das cidades e uma ampliação da indústria como principal atividade econômica da época. Os administradores das fábricas observando as péssimas condições de trabalho dos operários propõem algumas regulamentações para estas, como, por exemplo, a redução da carga horária dos trabalhadores, dando origem então a Medicina Social, que tinha como objetivo cuidar do corpo do trabalhador, fonte dos meios de produção capitalista (BATISTTELA, 2007a).

O mesmo autor, revisitando Focault, relata que houve três etapas para a formação da Medicina Social: a Medicina de Estado surgida na Alemanha; a Medicina Urbana, surgida na França; e a Medicina da Força de Trabalho[[13]](#footnote-13) (BATISTTELA, 2007a).

Apesar de um grande avanço dado com o advento da Medicina Social, pouco se dispunha de recursos para tratar as doenças nesta época. Foi quando, durante o século XIX, com uma forte influência do empirismo e o fortalecimento da biologia científica, surge a bacteriologia e outras disciplinas, onde as ciências da saúde até então empíricas passam a ser uma ciência de base experimental (OLIVEIRA; ENGRY, 2000; BARROS, 2002; BATISTTELA, 2007a; BACKES *et al.*, 2009).

Na mesma época surge a figura do biólogo e químico, Louis Pasteur (1822-1895), que com o microscópio, que havia sido criado no século XVII, mas não fora muito valorizado, revelava a existência de micro-organismos causadores de doenças, possibilitando novos tratamentos para antigas doenças, como os soros e as vacinas. Esta descoberta foi considerada uma revolução, devido ao fato de que, pela primeira vez, eram identificados fatores etiológicos, que permitia que estes agravos à saúde pudessem ser tratados e curados (SCLIAR, 2007; BATISTTELA, 2007a).

A partir desta descoberta, segundo Barros (2002, p. 74):

A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX uma predominância de tal ordem que, em boa medida, faz obscurecer concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica.

Concomitantemente, nascia a Epidemiologia, que foi baseada no estudo do inglês Jonh Snow (1813-1858) sobre a epidemia de cólera em Londres e nos estudos de Chadwick sobre as causas sociais da diminuição absoluta da população inglesa. Ou seja, eram esboçadas as primeiras ideias de uma determinação social do processo de saúde-doença (OLIVEIRA; ENGRY, 2000; SCLIAR, 2007).

A partir daí surge um grande embate entre os contagionistas e os não-contagionistas, onde no final do século, os contagionistas foram se distanciando cada vez mais da teoria, por esta parecer bastante ‘metafísica’ e distorcida da realidade (BATISTTELA, 2007a).

Pode-se observar que, até o século XX, a doença era pensada a partir de um modelo unicausal. Foi só em meados deste século que se começa a pensar os agravos à saúde sob a luz da multicausalidade (PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004).

Os problemas de saúde então começam a ser observados como um fato causado pelo relacionamento do agente etiológico, do hospedeiro e do meio ambiente, porém estes fatores agiam de forma separada, sem haver muita relação entre eles. Mas foi em meados deste século que se passou a considerar que fatores psíquicos pudessem ter relações com o adoecimento. A partir daí, o homem começa a ser percebido como um ser bio-psico-social (BARATA *apud* BACKES *et al.*, 2009).

Porém, segundo Scliar (2007), ainda não havia um conceito científico e universal sobre o que era saúde. Foi quando, com a Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), se pensou oficialmente o primeiro conceito internacional de saúde. Em sua carta de princípios, a OMS (1946) afirma que todos têm direito à saúde e que era obrigação do Estado promovê-la e protegê-la, dizendo que a “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidades” (BATISTTELA, 2007b; ARANTES *et al.*, 2008; MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008; ZANCHI; ZUNGO, 2012).

Para Batisttela (2007a) e Scliar (2007) este conceito se apresenta utópico e inalcançável, e que apenas expressava o desejo de uma vida plena requerido pela época. Porém, este foi importante para uma ampliação do conceito de saúde.

Foi então que, na década de 1960, dá-se origem à construção de novos pensamentos explicativos para os processos de construção da saúde e da doença, onde se aponta a estrutura social como modeladora destes eventos (BATISTELLA, 2007a).

Leavell e Clarck (1976) foram defensores destas ideias, propondo o modelo conhecido como História Natural da Doença, que lançava um olhar multicausal e processual ao processo de adoecimento. No modelo destes estudiosos, são propostos três níveis de atenção para o cuidado com a saúde: primário, secundário e terciário (ALMEIDA FILHO, 2000; WESTPHAL, 2013).

Outro conceito útil para perceber os fatores que interferem na saúde é o de Marc Lalonde, ministro da saúde e do bem-estar do Canadá, em 1974, que cria a ideia de campo da saúde, que abrangia a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (SCLIAR, 2007).

Mas, muitas críticas foram levantadas a estes três conceitos/modelos e, em 1977, surge a concepção de Christopher Boorse, que considerava a saúde como ausência de doença. Ou seja, ele pensava a saúde a partir de uma percepção negativa, através da construção da Teoria Bioestatística da Saúde (TBS) (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004; SCLIAR, 2007, BATISTTELA, 2007b).

Este teórico afirmava que: “A saúde de um organismo consiste no desempenho da função natural de cada parte” (BOORSE *apud* ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002, P. 881). Almeida Filho e Jucá (2002), analisando criticamente esta teoria, asseguram que Boorse acreditava que somente a biologia e a patologia forneciam bases para a definição de saúde, refutando qualquer outra dimensão atrelada a este conceito.

Segundo Almeida Filho e Jucá (2002, p. 885):

Alguns autores acreditam que a pretensão de Boorse de desenvolver uma teoria naturalista da saúde teria resultado, ao contrário, na geração de um corpo teórico cuja normatividade permanecera presente, porém encoberta. As críticas que seguem essa vertente sustentam que a TBS não ficou isenta de análises valorativas, pelo menos, por dois motivos: o uso de termos específicos e a eleição de objetivos.

Nota-se, portanto, que este conceito atrelado ao modelo biomédico, se apresenta como uma das primeiras propostas de sistematização de uma concepção para a saúde; porém, por não levar em consideração toda a complexidade do processo saúde-doença, acaba sendo muito criticado no campo das ciências.

Surge então um maior interesse no cenário mundial pela obra de Georges Canguilhem (1904-1995), que passa a ser vista como um grande avanço no campo da saúde, pois ampliava a sua perspectiva. Para este teórico não pode haver um reducionismo de natureza quantitativa no conceito de saúde, pois esta tem como perspectiva a possibilidade de adoecimento, ou seja, Canguilhem afirma que saúde seria a possibilidade de adoecer e sair deste estado patológico. Portanto, a ameaça da doença é um dos elementos que constituem a saúde, sendo que o ser vivo não poderia ser considerado normal se for observado fora do meio em que está inserido (CANGUILHEM, 2006; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003).

Para Canguilhem (*apud* ARANTES *et al.*, 2008) quando se aceita um conceito/ideia de saúde implica-se em escolher determinadas intervenções sobre a vida dos indivíduos, sendo que estas redefinem as práticas de saúde destinadas à população.

Ao final desta discussão precisa-se chamar a atenção de que estes acontecimentos, geradores da construção do conceito de saúde, não se apresentam de forma linear, por opção dos autores. Então, para que se fizesse mais claro para o leitor, o texto foi construído a partir de datas e acontecimentos históricos. Chama-se a atenção também de que estes conceitos, até aqui apresentados, convivem na sociedade contemporânea no campo da saúde.

A ampliação do conceito de saúde e o surgimento de novas ideias e concepções, conforme o exposto, desembocam na concepção de Promoção de Saúde, que será tema de discussão do próximo subtópico.

## 3.2 O encontro com a Promoção de Saúde

Durante o século XIX e início do século XX houve modificações no pensamento sobre saúde no meio científico, ideias originadas através da tradição sanitária e pelo foco da relação entre esta e as condições de vida dos indivíduos, como se observa nos fatos apresentados no subtópico anterior. Nesta época, o enfoque biológico e social esteve presente durante toda a questão da elaboração dos conceitos de saúde no cenário mundial (HEIDMANN *et al.*, 2006; CZERESNIA, 2009; BRASIL, 2011a).

Foi só em meados do século XX que ocorre uma ampliação ainda maior das possibilidades de pensar o processo saúde-doença, graças aos elementos apresentadas pelo conceito de saúde promovido pela OMS, em 1946, já dispostos neste estudo.

Porém, é na década de 1970, com as grandes mudanças ocorridas no cenário social e no estado de saúde da população mundial como, maior expectativa de vida da população, crescimento da prevalência das doenças não-transmissíveis, avanço da globalização, aumento da urbanização, evolução da pobreza, entre outros, que surge a necessidade de uma nova construção para as ideias em saúde, que já não davam conta de tamanha complexidade (WESTPHAL, 2013).

Para Carvalho (2004) esses novos desafios sociais, culturais e políticos causam dúvidas relacionadas ao paradigma biomédico, exigindo dos estudiosos do campo da saúde novas formulações sobre a práxis em saúde, sendo que, dentre estes pensamentos e ações, se sobressai a concepção de Promoção da Saúde, que irá constituir o fundamento principal da Nova Saúde Pública na contemporaneidade.

Corroborando, Buss (2000) e Czeresnia (2009) relatam que foi devido a estas mudanças sofridas no panorama mundial, que a saúde pública redireciona o conceito de saúde, tornando necessária a inovação na maneira de se utilizar a racionalidade científica, ampliando a práxis em saúde com a utilização de outras disciplinas imprescindíveis para o entendimento de tal processo, articulando este em torno da ideia de Promoção da Saúde.

Portanto, a ideia de Promoção da Saúde se apresenta muito além das técnicas e normas em saúde. Ela está associada à potencialização das capacidades coletivas e individuais da população em relação aos inúmeros condicionantes envolvidos na saúde das pessoas (BACKES *et al.*, 2009).

Porém este ‘novo conceito’, não era tão novo assim. O termo Promoção da Saúde foi utilizado pela primeira vez em 1945, pelo estudioso de origem canadense, Henry Sigerist, que definiu quatro eixos essenciais para a prática em saúde: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação (PEREIRA *apud* SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Este conceito reaparece no modelo História Natural da Doença de Leavell & Clark, como elemento do primeiro nível ou atenção primária da medicina preventiva (HEIDMANN *et al.*, 2006; CZERESNIA, 2009; WESTPHAL, 2013).

Voltando para a década de 1970, onde se acirram os debates sobre uma concepção de saúde não centrada na doença, mas sim na determinação socioeconômica desta, a Promoção da Saúde surge como uma ‘nova concepção de saúde’ (OLIVEIRA, 2005; HEIDMANN *et al.*, 2006).

Um marco conceitual da Promoção da Saúde, por ampliar o conceito de campo de saúde para além das práticas médicas, foi o Relatório Lalonde, criado em 1974, durante a gestão do então Ministro da Saúde canadense, Marc Lalonde. O relatório fora elaborado com o objetivo de combater os crescentes gastos com assistência médica e para ir ao encontro do pequeno impacto tido pelas abordagens médicas no tratamento das doenças crônico-degenerativas, onde se destacava a importância da relação entre o estilo de vida, a biologia humana e os fatores ambientais nas causas de morbimortalidade da população (CARVALHO, 2004; HEIDMANN *et al.*, 2006; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007; ARANTES *et al.*, 2008; BRASIL, 2011a). Segundo Oliveira (2005) e Lopes *et al.* (2010), este relatório além de marco conceitual, também é um marco histórico, pois foi neste documento que oficialmente o termo Promoção da Saúde foi utilizado pela primeira vez.

Também de grande importância, como marco teórico para a reestruturação do conceito de saúde e construção da Promoção da Saúde, em 1978, ocorre a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata (antiga União Soviética), que deu origem a um documento conhecido como Declaração de Alma-Ata.

Arantes (2008, p. 193) relata que:

É nesta conferência que os países participantes celebram o compromisso de “Saúde para Todos no ano 2000”, estabelecendo um conjunto de oito elementos essenciais para atingir tal meta, a saber: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básicos apropriados; atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes e distribuição de medicamentos básicos.

Segundo Haeser, Büchele e Brzozowski (2012, p. 608), a partir desta conferência:

a saúde foi entendida pela primeira vez como direito e como integrante de vários setores da sociedade e não apenas dos serviços de saúde, fator importante na discussão da intersetorialidade dentro da nova promoção de saúde. Quando começou a haver participação dos usuários nos serviços de saúde, as abordagens normativas, hierarquizadas e higienistas foram questionadas e, nesse cenário, a autonomia dos usuários passou a ser relacionada com a promoção da saúde.

Em meados dos anos 1980, começam a surgir debates acirrados sobre a formulação de um discurso alternativo para a Promoção da Saúde quando, em 1984, a OMS-Europa produz um documento que continha elementos necessários para a construção de um novo pensamento em Promoção da Saúde, reorientando o pensamento para a determinação social da saúde. Neste ano ainda é realizada, no Canadá, a Conferência *Beyond Health Care*,que propõe o movimento de cidades saudáveis. Em 1985, no mesmo país, a OMS-Europa divulga o documento *Health City Movement*, que toma impulso em todo o Canadá, com o documento *EPP Report*. (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Mas, foi na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, que a Promoção da Saúde se ampliou. O documento, denominado Carta de Ottawa, gerado ao final do encontro, relatava que para se obter saúde era necessário muito mais do que um estilo de vida saudável, mas paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Demonstra que a Promoção da Saúde não era responsabilidade apenas do setor saúde, mas de ações coordenadas entre governo, setor saúde e outros setores sociais (BRASIL, 2011a).

Nesta conferência foram sugeridas estratégias para a melhora da qualidade de vida e da saúde da população, sendo estas: implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária; e desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Outras conferências (Figura 5) foram realizadas posteriormente: Adelaide (1988), Sundsval (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), em Nairóbi (2009) (BRASIL, 2011a; WESTPHAL, 2013) e em Helsinque (2013) (MALTA *et al.*, 2014), que acrescentaram novas ideias e estratégias à Promoção da Saúde. Todavia, para Heidmann *et al.* (2006), as estratégias elaboradas em Ottawa foram o principal marco referencial da Promoção da Saúde no mundo até hoje.

Figura 5 - Mapa das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde realizadas entre 1986 e 2013



**1ª Conferência - Ottawa**

**3ª Conferência - Sundsvall**

**5ª.Conferência - México**

**8ª Conferência - Helsinki**

**6ª Conferência -Bangcoc**

**7ª Conferência - Nairobi**

**4ª Conferência - Jacarta**

**2ª Conferência - Adelaide**

Fonte: elaboração própria

No mesmo período, no Brasil, em meados de 1980, com o processo de redemocratização do país, sanitaristas progressistas, desgostosos com o rumo preventivista da saúde nacional e influenciados pelos movimentos populares e socialistas da América Latina, propõem a realização de mais uma Conferência Nacional de Saúde, que teria como escopo discutir novas diretrizes para as políticas públicas em saúde, focada no modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (WESTPHAL, 2013).

Este modelo conceitual de saúde tem por principal objetivo combater as iniquidades em saúde, que seriam desigualdades injustas e desnecessárias, e propõe que, para combater os problemas de saúde, seria necessário conhecer as condições de vida e trabalho das populações (BATISTELLA, 2007b).

O modelo de Dahgren e Whitehead (Figura 6) de influência em camadas foi o que mais se adequou ao pensamento daquele período (BRASIL, 2011a).

Figura 6 - Modelo de Dahlgren & Whitehead: influência em camadas



Fonte: Dahlgren & Whitehead *apud* BATISTELLA, 2007b.

Foi então que, entre 17 e 21 de março de 1986, nove meses antes da conferência realizada em Ottawa, se realizava, em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Este evento reuniu mais de quatro mil pessoas, e evidenciou a necessidade de uma transformação no setor saúde, que fosse além das reformas financeiras e administrativas, mas que reformulasse o conceito de saúde do sistema e as ações institucionais realizadas por este (BRASIL, 1986; BRASIL, 2011b).

Assim, o relatório final deste evento, influenciado pelos últimos acontecimentos, amplia o conceito de saúde, dizendo que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986).

Esta mesma conferência propôs o fortalecimento e a expansão do setor público da saúde, refutando a ideia de estatização. Sendo o seu documento final utilizado pela Assembleia Nacional Constituinte, para a reformulação do texto sobre a saúde da Constituição Federal (BRASIL, 2011b).

Foi proposta também a criação de um novo sistema de saúde, que separasse totalmente a saúde do sistema previdenciário. Surge, então, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha com princípios básicos: “a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária” (BRASIL, 2011b, p. 23).

Paim *apud* Cordeiro (2004, p.352-353) relata que não foi por destino que o Suds foi implantado ao mesmo tempo que se implantava a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), mas esse sistema era uma proposta de uma “estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária”.

A CNRS então é criada pela Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS n° 2/86, de 22 de agosto de 1986. Esta comissão elaboraria uma proposta de conteúdo que, posteriormente, subsidiaria a Constituinte de 1988, e ainda desenvolveria um projeto para a reformulação do Suds (BRASIL, 2011b).

As grandes vitórias ocorridas com o advento da VIII Conferência Nacional de Saúde se concretizariam em 1988, quando foi promulgada a oitava Constituição Brasileira, chamada de “Constituição Cidadã”, que redefiniria o conceito de saúde, incorporando novas dimensões, e criaria o novo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011b).

A Constituição de 88 traz em seu texto, na seção II, em seus artigos n° 196 a 198, que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Fica claro que a Constituição amplia o conceito de saúde, pautados em seus DSS, pois para se conseguir saúde se faz necessário um conjunto de fatores, como alimentação, paz, moradia, emprego, educação, lazer, entre outros; incorporando a Promoção da Saúde ao seu texto. A Carta Magna define o Sistema Único como sendo um sistema de saúde que tem por ações prioritárias a regulação, a fiscalização e organização dos serviços e ações de saúde, procurando resgatar, através do compromisso do Estado, o compromisso com o bem-estar social, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (BRASIL, 2011b).

Durante todo o ano de 1989, a luta era pela promulgação da lei complementar que operacionalizaria a reforma e daria início à construção do SUS.

Em 19 de setembro de 1990, sanciona-se a Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8080/90) que regula as ações, os serviços de saúde em todo o território nacional, executadas em caráter permanente ou eventual, isolada ou conjuntamente, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, criando condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a).

A Lei Orgânica também institui o SUS, que seria constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, oferecidos e prestados por qualquer instância pública administrativa (direta ou indireta) e pelas fundações mantidas pelo poder público, sendo que o setor privado poderia participar em caráter suplementar ao sistema (BRASIL, 1990a).

Essa mesma lei também versava sobre os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade; ainda apontando as diretrizes organizativas para o seu funcionamento: a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária (BRASIL, 1990a).

Outra lei criada no mesmo ano, que merece ser citada neste estudo, a Lei 8142/90, regularizava uma diretriz muito importante para o SUS – a participação comunitária –, estabelecendo os Conselhos de Saúde; e as Conferências Nacionais de Saúde a cada quatro anos. A partir desta lei instituiu-se o controle social como ferramenta imprescindível para o sucesso do novo sistema (BRASIL, 1990b).

Com as mudanças ocorridas no conceito de saúde na década de 1970, a realização da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde e da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a Reforma sanitária, a ampliação do conceito de saúde e criação do SUS pela Constituição Federal de 1888 e a promulgação das Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90, houve uma contribuição para que a Promoção da Saúde fosse consagrada como uma nova prática e filosofia das políticas de saúde brasileira (WESTPHAL, 2013).

Outros fatos proporcionaram a consolidação da Promoção da Saúde nas políticas de saúde brasileira, como: a criação, em 1992, do Programa de saúde da Família (PSF); a formalização do projeto Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção, entre 1998 e 1999; o lançamento da revista Promoção de Saúde; a elaboração pelo MS da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que não possuía nesta época vigência integral no interior do sistema de saúde, em 2002; a instituição do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), em 2005; a instituição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em 2006; e, finalmente, também em 2006, através da Portaria MS n° 687 formalizou-se a Promoção da Saúde no SUS, definindo e reforçando diretrizes promocionais (BUSS; CARVALHO, 2009).

A PNPS, instituída pela Portaria n° 687, tinha como objetivo “a promoção da qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade[[14]](#footnote-14) e dos riscos à saúde relacionados aos seus determinante e condicionante”; ainda estabelecendo “ações intersetoriais e o fortalecimento da participação social, que promovam resultados na busca da equidade e do empoderamento social que promovam resultados na busca da equidade e o empoderamento individual e comunitário” (BRASIL, 2007a, p. 165).

As ações que possuíam prioridades para o biênio 2006-2007 estavam voltadas para a divulgação e implementação da política, a alimentação saudável, a prática corporal/ atividade física, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz e a promoção do desenvolvimento sustentável, tendo como estratégia ações voltadas a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2006).

Outros atos normativos foram importantes para a implementação da PNPS no sistema de saúde brasileiro: a Portaria Gabinete do Ministro (GM)/MS n° 2608/05, que transferia recursos financeiros para o desenvolvimento da alimentação saudável, da prática de atividades física e para fomento a ambientes livres de tabaco; a Portaria Interministerial n° 1010/06 que instituía as diretrizes para a promoção da alimentação nas escolas em todos os níveis da educação básica públicas e privadas; a Portaria GM/MS n° 1409/07, que instituía o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde; a Portaria GM/MS n° 1861/08 que estabelecia para municípios com equipes do PSF que aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE); a Portaria Interministerial n° 675/08 que instituiu a Comissão Internacional de Educação e Saúde na Escola; entre outras (BRASIL, 2011a).

A partir deste marco legal, muitas iniciativas foram desenvolvidas seguindo as diretrizes da PNPS, em âmbito intersetorial ou exclusivamente dentro das políticas de saúde. Buss e Carvalho (2009), analisando documentos do governo brasileiro, citam: o PSF; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; o Programa Bolsa Família, as Cidades/comunidades saudáveis e as Escolas promotoras de saúde.

Os mesmos autores ainda relatam outras iniciativas/eixos de ação, que foram realizadas no campo da saúde e no campo social, como:

* + - * promoção da prática corporal e da atividade física;
      * prevenção e controle do tabagismo;
      * prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas;
      * prevenção dos acidentes de trânsito e suas consequências;
      * promoção da cultura da paz e prevenção da violência;
      * educação em DST/AIDS;
      * ações de comunicação como estratégia para a Promoção da Saúde;
      * participação social e empoderamento;
      * promoção de equidade e qualidade de vida;
      * desenvolvimento sustentável e saúde ambiental;
      * avaliação da Promoção da Saúde (BUSS; CARVALHO, 2009, p. 2309).

O estudo, a partir deste momento, se concentrará a analisar a promoção da prática corporal e da atividade física, como ação promotora de saúde na e para a população.

## 3.3 Inserindo a Atividade Física NA discussão

O interesse pela associação da Atividade Física ao estado de saúde das populações ou indivíduos vem chamando a atenção de filósofos, estudiosos e cientistas desde a Idade Antiga. Porém, evidências científicas que demonstravam uma associação positiva entre elas surgiram pela primeira vez em meados do século XX, a partir de trabalhos pioneiros de Jeremy Morris *et al.*, que influenciaram diversas hipóteses sobre a relação da Atividade Física e a vida das populações, culminando em um acelerado desenvolvimento, nas últimas décadas, de publicações e políticas voltadas a este entendimento (RAMIRES *et al.*, 2014).

Antes de dar prosseguimento ao texto, se faz necessário empreender esforços para conceituar a expressão Atividade Física e discutir a diferença desta perante a expressão Exercício Físico. A Atividade Física pode ser definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em um gasto energético superior aos níveis de repouso, portanto um conceito amplo. Já o Exercício Físico (um dos seus principais componentes) é entendido como uma Atividade Física planejada, estruturada e repetitiva que tem como objetivo final ou intermediário aumentar ou manter a saúde/aptidão física, portanto um conceito restrito (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Hipoteticamente, por este caráter ampliado do termo Atividade Física, ele deve ter sido usado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e não a terminologia Exercício Físico.

Foi a partir das conferências internacionais, das conferências nacionais de saúde (principalmente a XVIII), da ampliação do conceito de saúde e da implantação do SUS pela Constituição Federal de 1988, das políticas de saúde elaboradas desde a década de 1990 e principalmente pela implementação da PNPS no sistema de saúde brasileiro, que as discussões sobre Promoção da Saúde tomaram maior visibilidade no cenário brasileiro.

Segundo Malta *et al.* (2009) a PNPS demonstra, em seu texto, que as ações de Promoção da Saúde devem ser prioridades governamentais, sendo um dos eixos prioritários, a promoção das práticas corporais e da Atividade Física, reflexo da importância conferida a um modo de vida ativo como fator de proteção à saúde e do reconhecimento do documento pela relevância epidemiológica do sedentarismo, se comprometendo a promover o compromisso social e institucional de adoção de modos de vida mais ativos.

Assim, dada esta importância à temática, muito se tem produzido cientificamente no Brasil e no mundo sobre a Atividade Física aplicada à Promoção da Saúde. Ferreira e Najar (2005), Malta *et al.* (2009), Nahas e Garcia (2010) e Malta *et al.* (2014) evidenciam um crescente interesse, por parte dos pesquisadores, sobre este tema no Brasil.

Exemplo do que foi citado acima é um levantamento realizado por Hallal *et al.* (*apud* RAMIRES *et al.*, 2014) na base de dados Pubmed/Medline, utilizando o termo *“physical activity”*. Estes relatam que, na década de 1950, existiam 55 registros que utilizavam o termo (0,01% do total de estudos indexados), já entre 2000 e 2009, foram encontrados 23.289 registros (0,36% do total de estudos indexados). Ramires *et al.* (2014), ao repetirem recentemente o levantamento, encontram 21.340 publicações (0,57% do total de estudos indexados). Isso demonstra o crescente número de trabalhos científicos sobre o tema Atividade Física.

No Brasil, a partir da década de 1990, a Atividade Física tem sido priorizada nos estudos de saúde pública, devido à sua inserção nas Agendas de Saúde ao redor do mundo (NAHAS, 2006).

A priorização desta temática em nosso país é atribuída às mudanças do comportamento social e individual da população, como: o aumento do índice de sedentarismo (FERRARI; PETROSKI; SILVA, 2013); a intensificação da transição epidemiológica nas sociedades atuais, ou seja, das mudanças e alterações ocorridas nos padrões de morbimortalidades das populações, das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis (OMRAM, 2001); o declínio da taxa de fertilidade e de mortalidade, alterando a estrutura etária da população; o reconhecimento da indução da Atividade Física como meta programática dos Planos Plurianuais do Ministério da Saúde (MALTA *et al.*, 2014); além do aumento da quantidade de grupos de pesquisa que possuem interesse pelo tema (SANTOS, *et. al.*, 2012).

Malta *et al.* (2014) relatam que esta sobreposição temática em detrimento a outras ocorreu pelo entendimento de que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para a mortalidade mundial.

Assim, a PNPS vem sugerindo a implantação de política/ações intersetoriais e parcerias da rede de atenção básica e da comunidade, no sentido de reduzir as iniquidades na distribuição dos equipamentos públicos destinados à sociedade, qualificando o cuidado coletivo e facilitando a opção individual por uma escolha de vida mais saudável, em relação aos determinantes e condicionantes da saúde, entre eles a prática de Atividade Física (MALTA *et al.*, 2014).

Como dito anteriormente, em 2006, a PNPS definiu 7 eixos prioritários a serem trabalhados no biênio 2006-2007, sendo o segundo eixo a promoção de práticas corporais/atividades físicas. Em seu texto oficial são enumeradas ações a serem realizadas neste eixo, que foram subdivididas em quatro áreas norteadoras, que são: ações na rede básica de saúde e na comunidade; ações de aconselhamento/divulgação; ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; e ações de monitoramento e avaliação. Por sua vez, cada ação referida, possui diversos objetivos a serem alcançados (BRASIL, 2006). Pode-se notar que, cada uma destas áreas, estão alinhadas às diretrizes e princípios do SUS, como doutrina à PNPS.

Como se percebe, as ações de fomento às Atividade Física no SUS remotam à PNPS; isso não quer dizer que, antes da publicação do plano, não existiam práticas de Atividade Física desenvolvidas pela esfera pública. Prova disto é o Programa Hiperdia do MS que, em 2002, incentivava a prática de caminhada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que tinha por objetivo o cadastro e o acompanhamento dos indivíduos portadores de diabetes e hipertenção assistidos pela atenção básica; e o Programa Academia da Cidade do Recife de 2005 (CRUZ; MALTA, 2014).

Para os mesmos autores:

A valorização da ação de práticas corporais/atividade física na implementação da PNPS deveu-se a duas questões: a grande adesão dos municípios a esta ação e as informações advindas do inquérito telefônico de fatores de risco e proteção para as DCNT, chamado VIGITEL, responsável por monitorar na população de 18 anos e mais das capitais brasileiras, comportamentos favoráveis ou não ao desenvolvimento das DCNT (CRUZ; MALTA, 2014, p. 28).

Um marco para o financiamento da atividade física como uma das ações prioritaria da PNPS, foi a Portaria n° 2608/05, que forneceu mais de 7 milhões de reais, para projetos relacionados à prevenção do tabagismo, alimentação saudável e Atividade Física, em consenso com a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial de Saúde, de 2004 (BRASIL, 2005).

Em 2007, o MS, tendo com principal parceiro o Ministério do Esporte, lança o Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física (reeditado em 2011), que previa a atuação governamental em cinco eixos: liderança na promoção da Atividade Física no País, disseminação de informações para a população, estímulo a projetos de práticas corporais/atividades físicas nos municípios, parceria para a construção de intervenções no espaço urbano, monitoramento e avaliação (CRUZ; MALTA, 2014).

Segundo Malta *et al.* (2009) este plano tinha caráter intersetorial, envolvendo os órgãos governamentais, Organizações Não Governamentais (ONG), entidades científicas, setor privado, assim como toda a sociedade; possuía o objetivo de difundir a temática da Atividade Física promovendo a alocação de recursos em espaços urbanos e ampliando a informação sobre os modos de viver mais saudáveis.

Posteriormente a este plano, outros acontecimentos, ações e propostas foram (re)pensadas, como estratégia de promoção da saúde, a partir do eixo das práticas corporais/atividades físicas, como: o Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, que possuía como uma de suas ações o incentivo a práticas de Atividade Física; a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, pela Portaria GM/MS n° 154/08, que incluía profissionais na APS que não se faziam presentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); o Programa Academia da Saúde, em 2011, que tinha como objetivo implementar polos com infraestrutura, equipamentos e quadro pessoal para a realização de Atividade Física, entre outras (MALTA *et al.*, 2009; CRUZ; MALTA, 2014; MALTA *et al.*, 2014).

Assim, pelo que foi demonstrado através desta discussão, se observa a importância da prática de Atividade Física como estratégia para a Promoção da Saúde, ainda ressaltando o papel fundamental do Profissional de Educação Física como construtor da Promoção da Saúde no Brasil.

# 4 PRÁTICAS CORPORAIS/ATIVIDADE FÍSICA ENTRE UNIVERSITÁRIOS

Pôde-se notar que a Promoção da Saúde vem se consolidando como prática recorrente no sistema de saúde pelo mundo e, consequentemente, também no Brasil. Muitas propostas e ações do eixo práticas corporais/atividades físicas da PNPS já foram implementadas e outras tantas estão em fase de implementação, visando, principalmente, a promoção da escolha de um estilo de vida mais saudável.

Assim, como já foi comentado, muito se tem produzido cientificamente sobre a relação entre a Atividade Física e a Promoção da Saúde (MALTA *et al.*, 2009; FERREIRA; NAJAR, 2005; NAHAS; GARCIA, 2010; MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009).

Observa-se que, no Brasil, apesar de diversos estudos atestarem os benefícios da Atividade Física para a saúde, estima-se que cerca de 60% da população continuam inativas ou insuficientemente ativas (RIGONI *et al.*, 2012). Nota-se que entre os estudantes universitários estes números não se alteram muito. Um estudo realizado com discentes da cidade de Fortaleza (CE) constatou que 70,3% da população da pesquisa se encontrava sedentária (VERAS *et al.*, 2007).

Como já foi afirmado, considera-se, portanto, que a prática de Atividade Física está ligada intimamente ao estilo de vida escolhido pelo indivíduo e às condições de vidas a estes proporcionada, pois tais hábitos dependem de uma série de fatores ambientais, sociais, demográficos e culturais que podem influenciar e ou determinar o seu comportamento. De acordo com Azevedo *et al.* (2007), hábitos praticados na vida adulta, em sua maioria, são infleunciados por outros adquiridos na adolescência, especialmente a prática de Atividade Física. Para grande parte dos estudantes universitários, o período de transição da adolescência para idade adulta, coincide justamente na fase em que os jovens deixam o ensino médio para ingressarem no meio acadêmico (AZEVEDO *et al.*, 2007).

Segundo Mantilla-Toloza; Gómez-Conesa e Hidalgo-Montesinos (2011) é no meio universitário, multirreferenciado, que o jovem está mais suscetível a influências para aquisição ou não de hábitos de vida saudáveis.

Corroborando com esta ideia, Silva e Petroski (2011) afirmam que a universidade é a primeira experiência de liberdade para a maioria desta população, onde surgem questionamentos sobre valores, crenças e atitudes que foram empregadas pela família durante sua educação, podendo promover consequentes mudanças no estilo de vida.

Estudos afirmam que a prática de Atividade Física regular e a mudança de velhos hábitos atuam na prevenção de diversas Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), assim melhorando a qualidade de vida dos praticantes (MARCONDELI; COSTA; SCHMITZ, 2008; CIESLAK *et al*., 2012). Porém, em um levantamento bibliográfico realizado para a discussão deste capítulo, nas bases de dados SciELO e LILACS, que originou o trabalho de qualificação para esta dissertação, observa-se que pouco se tem pensado na AF enquanto empoderamento individual para o enfrentamento das adversidades do meio, portanto uma prática de Promoção da Saúde, geradora de mais saúde.

Isso ocorre pelo fato de que, quase a maioria dos estudos pesquisados relativos à prática de Atividade Física, norteiam suas pesquisas a partir do campo disciplinar da epidemiologia. Almeida Filho (2000), citando a teoria dos campos científicos de Bordieu, considera que o campo da produção científica em saúde tendenciona a escolha desta ciência, devido à construção histórica-social e institucional que selecionam conhecimentos importantes para a área em questão.

Corroborando esta idea Hallal e Knuth (2011) afirmam que essa tendência ocorre pelo fato da produção científica relacionada à Atividade Física estar associada aos centros de pesquisa em epidemiologia e saúde coletiva, onde os estudos acabam tendo um viés mais quantitativo. Esses autores, ainda relatam a necessidade da aproximação desta temática com a abordagem qualitativa, principalmente se estas estiverem relacionadas com o campo da Educação Física e das suas subáreas, pois o modelo epidemiológico por si só não é capaz de responder aos questionamentos do campo.

Para Czeresnia (2009) a integração entre estes dois pensamentos, o da Promoção da Saúde e o epidemiológico, resulta em um nó crítico desta questão, pois, devido à grande influência desta ciência no discurso sanitário, acaba-se confundindo promoção com prevenção.

Assim, a maioria dos artigos levantados mostram que a Atividade Física é um fator indispensável para a prevenção das DCNT (SIMÃO *et al.*, 2008; VILARINHO *et al.*, 2008; BELLI *et al.*, 2009; CORDERO *et al.*, 2008). A exemplo, Guedes; Legnani e Legnani (2013), ao estudarem os motivos para a prática de Atividade Física nos universitários da Universidade Estadual de Londrina, chegam à conclusão que o principal motivo para a prática é a prevenção de doenças, seguida da melhora da condição física e do controle do peso corporal. Esse estudo indica que a visão da prática de Atividade Física, tanto entre os pesquisadores como nos universitários, ainda está atrelada ao pensamento higienista do processo saúde-doença, onde a Atividade Física tem função preventiva ou curativa nos indivíduos.

Notou-se que outros temas são abordados pelos autores, porém em menor quantidade, como o bem-estar psicológico e a adiposidade corporal (CASTILLO; MOLINA-GARCIA, 2009); a prática desportiva e suas relações com as autopercepções físicas, bem-estar subjetivo e felicidade (DIAS *et al.,* 2008); a relação entre Atividade Física e lazer (SOUSA, 2012); e a análise da prática esportiva com pessoas portadoras de deficiência visual (PETROIANU; SANTOS; GONÇALVES*,* 2004).

Observou-se que os estudos relacionados à prática de Atividade Física em universitários, nestas duas bases de dados, estavam atrelados a cinco categorias temáticas principais: 1) Atividade Física em Universitários; 2) Estilo de Vida/Comportamento; 3) Imagem Corporal; 4) Prevenção de Doenças; e 5) Estado Nutricional.

Na primeira categoria, aparecem os estudos que tinham como referência principal a prática de Atividade Física.

No estudo de Cieslak *et al.* (2012), estes afirmam que os universitários pesquisados em uma instituição da cidade de Curitiba, quando comparados por sexo, apresentaram níveis de Atividade Física diferentes, sendo que o sexo masculino apresentou um nível maior de Atividade Física que os do sexo feminino. Estes resultados também foram encontrados em outro estudo analisado (MARCONDELLI; COSTA; SCHMITZ, 2008) que, através de um levantamento com estudantes da área de saúde da Universidade de Brasília, comprovou um nível de práticas suficientes entre os alunos, onde o sexo masculino apresentou níveis maiores que o feminino, assim como também demonstraram os estudos de Rodrigues; Cheik e Mayer (2008), Silva e Petroski (2011), Silva *et al.* (2007), entre outros.

Quando se relaciona a temática do texto ao nível de inatividade física, Quadros *et al.* (2009) sugerem que existe uma tendência maior à prática de Atividade Física no sexo masculino, tendo as mulheres percentuais maiores de sedentarismo.

Ainda sobre o sedentarismo, Marcondelli; Costa e Schmitz (2008) relacionam a falta de tempo, os trabalhos acadêmicos e a falta de dinheiro como principais motivos que levam à inatividade física, por parte dos estudantes. Ressalta-se que a maioria dos estudantes entrevistados não possuía renda fixa e ainda era sustentada por familiares.

Quando os artigos foram relacionados à segunda categoria temática, eles abordavam a Atividade Física sob a ótica da mudança dos estilos de vida em universitários. Neste estudo, como base teórica, entende-se estilo de vida saudável à luz do pentáculo do bem-estar (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000), que possui como componentes integradores deste modelo, a nutrição, o stress, os relacionamentos, a atividade física e o comportamento preventivo.

Assim, a Atividade Física apresenta-se como um fator preponderante na mudança comportamental da população mundial, pois a partir da escolha de um estilo de vida mais ativo, outros fatores da mudança de comportamento surgem, como a melhora dos hábitos alimentares, a diminuição do tabagismo e do consumo etílico, a diminuição do estresse, entre outros (MANTILA-TOLOZA; GÓMEZ-CONESA; HIDALGO-MONTESINOS, 2011).

Colares, Franca e Gonzalez (2009), ao estudarem a diferença entre os sexos e as condutas de saúde com alunos dos cursos de saúde da Universidade Estadual de Pernambuco, concluíram que, apesar dos homens apresentarem maior nível de prática de Atividade Física, as mulheres se preocupam mais com a alimentação e outros fatores relacionados com a Promoção da Saúde. Assim, foi demonstrado que os homens e mulheres possuem níveis de Atividade Física diferentes, sendo que as mulheres apresentam frequências de atividades menores e níveis de condutas também diferentes, corroborando com os dados discutidos por Silva *et al.* (2007), Marcondelli; Costa e Schimitz (2008), Rodrigues; Cheik e Mayer (2008), Silva e Petroski (2011), Cieslak *et al.* (2012), entre outros. Para esses autores, o fato de os indivíduos de sexos diferentes apresentarem condutas de saúde diferentes, as estratégias de promoção também devem ser diferenciadas.

Por outro lado, os resultados de um estudo com estudantes da área de saúde no início e no final do curso, que relacionava o tempo de permanência na universidade e a aquisição de condutas saudáveis pelos estudantes, demonstraram que não há diferenças significativas entre estes fatores em ambos os sexos. Corroborando com estes dados, Brandão; Pimentel e Cardoso (2011), ao avaliarem o impacto da exposição acadêmica para a saúde dos estudantes, concluíram que o nível de instrução não muda as condutas de saúde dos estudantes, mesmo naqueles que são da área de saúde, tanto do sexo feminino como do sexo masculino. Esse dado se destaca, uma vez que se espera que futuros profissionais da área deveriam mudar suas atitudes em relação a seus hábitos de saúde, devido à aquisição de conhecimentos ao longo do curso (FRANCA; COLARES, 2008).

Quanto aos fatores que mais determinam a saúde no meio universitário, em um estudo bibliográfico realizado por fisioterapeutas da Universidade Del Rosário - Colômbia sobre os determinantes do estilo de vida e sua implicação na saúde dos estudantes, foram apontados a Atividade Física, os hábitos alimentares e o consumo de tabaco e álcool como fatores mais determinantes no estado de saúde dos indivíduos. Concluem que a boa intervenção nestes quatro fatores permitem mudanças drásticas no comportamento dos universitários, propondo, como uma das ações, a inclusão da Atividade Física como componente curricular nas universidades, a melhoria da oferta e do acesso a uma alimentação saudável e campanhas que combatam o consumo de tabaco e álcool entre esta população (GARCÍA-LAGUNA *et al.*, 2012).

O que se apresenta em comum nos trabalhos aqui apresentados é a concordância de que, em forma geral, os estudantes universitários não possuem um estilo de vida saudável, o que os colocam em situações de riscos para o desenvolvimento de vários agravos à saúde e a necessidade de ações de Promoção da Saúde no meio acadêmico para a mudança destas condutas.

A terceira categoria de estudos é o que possui como temática principal a Imagem Corporal dos estudantes universitários.

Por Imagem Corporal se entende:

[...] a formação multidimensional que envolve a percepção corporal, o desenho que a pessoa tem em sua mente em relação ao tamanho, imagem e formas corporais, juntamente com os sentimentos que ela possui em relação a isso (Ferrari; SILVA; PETROSKI, 2012).

Assim, os meios de comunicação em massa, principalmente a televisão, vêm mostrando, nos últimos anos, corpos esculturais como sinônimo de saúde e beleza, influenciando jovens e adultos de ambos os sexos a buscarem o padrão corporal determinado socialmente.

Nos artigos percebeu-se, por meio das conclusões dos autores, uma prevalência de insatisfação corporal, por parte dos universitários.

Na pesquisa de Rech, Araújo e Vanat (2010) foi demonstrado o alto índice de insatisfação com a imagem corporal por parte dos universitários. Esse fato se deve, principalmente, pelo aumento da ingesta de alimentos hipercalóricos e a diminuição dos níveis de AF nesta população, gerando então uma balança de gordura positiva. Os autores afirmam que isso não é um problema apenas dos estudantes, mas dos indivíduos adultos, de uma forma geral, na sociedade moderna, sendo que em universitários que cursam educação física na Universidade Estadual de Ponta Grossa a insatisfação foi de 61,2%.

Percebe-se, por meio dos resultados apresentados nos artigos, que a satisfação com a imagem corporal está atrelada a diversos fatores. Os resultados encontrados em estudos mais recentes são que as mudanças comportamentais estão entrelaçadas com a satisfação ou insatisfação corporal e em relação à prática de Atividade Física, sabendo-se que homens e mulheres ativas possuem um grau de satisfação maior com sua imagem (Ferrari; SILVA; PETROSKI, 2012).

Porém, em outro estudo, afirma-se que altos índices de insatisfação corporal podem ser apresentados em estudantes com moderados e altos níveis de Atividade Física, sendo que, os fatores que mais contribuem para esta realidade são o sexo e o estado nutricional dos universitários (FERRARI *et al.*, 2012).

Ao relacionar o Índice de Massa Corporal (IMC) e a insatisfação com a imagem corporal chega-se à conclusão que as variáveis sociodemográficas não têm relação com a autopercepção corporal. A maior insatisfação entre os homens está relacionada com a magreza e nas mulheres o sobrepeso, confirmando assim o desejo do corpo padrão imposto pelos meios de comunicação em massa (FERRARI; PETROSKI; SILVA, 2013).

Fica evidente, na maioria dos estudos, que a imagem corporal não está relacionada diretamente com os níveis de Atividade Física em universitários, enquanto que a adoção de hábitos alimentares inadequados, a diferença entre os sexos, a internalizarão do ideal de beleza corporal, as influências do meio social e familiar e o Índice de Massa Corporal (IMC) são fatores mais dominantes na insatisfação com a imagem corporal do que o nível de Atividade Física (FERRARI *et al.,* 2012).

Quanto à quarta categoria temática, prevenção de doenças, Simão *et al.* (2008) realizaram uma pesquisa na cidade de Lubango, Angola, e constataram, sobre a ótica dos cinco elementos do campo da saúde (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida, participação social e organização dos serviços de saúde), que os estudantes possuíam hábitos saudáveis em relação à prática de Atividade Física e que esta prática diminuía os fatores de risco para a aquisição de hipertensão arterial.

Em outro estudo, Vilarinho *et al.* (2008) analisaram os fatores de risco modificáveis para a ocorrência da Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2) em estudantes do 4° período de enfermagem de uma instituição pública da cidade do Rio de Janeiro. Esses autores chegaram à conclusão da necessidade de criação no universo acadêmico de programas educacionais que orientem os alunos quanto aos riscos do sedentarismo e dos hábitos alimentares incorretos, através de programas de promoção de saúde, agindo assim no combate às doenças como o Diabetes Mellitus 2 (DMT2).

Ainda, através de análises clínicas, foi constatado em um estudo, com 10 universitários adultos e ativos que, em exercício físico máximo, na situação pós-prandial há alterações dos níveis de triglicerídeos. No entanto, não ocorre a mesma diminuição nos valores da glicemia, proteínas, colesteróis totais e hematócrito. Portanto, esses autores não chegaram à conclusão de que estes exercícios diminuam a probabilidade do aparecimento de doença arterial coronariana (BELLI *et al.*, 2009).

Quando foram analisados os biomarcadores séricos (ou marcadores biológicos séricos, que são entidades que podem ser medidas experimentalmente e indicam a ocorrência de uma determinada função normal ou patológica de um organismo encontrada no sangue) ao nível de Atividade Física em universitários da Venezuela, Cordero *et al.* (2008) concluem que apenas uma pequena parte da amostra, composta por indivíduos sedentários, tinha baixa quantidade de albumina sérica, revelando que poucos indivíduos possuíam suscetibilidade a desenvolver doenças cardiovasculares.

Frente a estes estudos, observa-se que nem todos os autores concordam que a prática da Atividade Física, por si só, contribui para a diminuição do aparecimento de doenças específicas. Assim sendo, a saúde pode ser considerada como um processo multifatorial, onde há a necessidade da soma destes fatores para que eles possam agir positivamente na melhora da qualidade de vida. Os autores concordam que há uma grande necessidade de se pesquisar na população dos estudantes universitários a Atividade Física como inibidora das DCNT, e que cabe aos IES a criação de programas que promovam hábitos sadios no meio acadêmico.

Na última categoria os pesquisadores relacionavam a Atividade Física com as condutas alimentares dos estudantes.

Para os estudiosos, a entrada na vida universitária provoca alterações nos hábitos alimentares dos acadêmicos, devido à influência das novas redes sociais adquiridas e da adaptação à nova rotina. Ressalta-se também que essas mudanças estão intimamente ligadas ao nível de Atividade Física (RAMALHO; DALAMARIA; SOUZA, 2012; FRANCA; COLARES, 2008; MARCONDELLI; COSTA; SCHMITZ, 2008).

No estudo de Simão, Nahas e Oliveira (2006) observa-se que a alimentação dos estudantes universitários está pautada basicamente em alimentos ricos em açúcares e gorduras, devido à falta de tempo para fazer suas refeições. Porém, em outro estudo, analisando o consumo de frutas e hortaliças por estudantes universitários do Rio Branco (AC), os pesquisadores concluem que a alimentação mais saudável está intimamente ligada à prática de Atividade Física, sendo que estudantes mais ativos tendem a consumir mais alimentos saudáveis. Concluíram também que, com a prática de atividades, há uma diminuição da ingestão de alimentos conhecidos como *fast food* (RAMALHO; DALAMARIA; SOUZA, 2012).

Corroborando com os estudos citados, destaca-se uma pesquisa sobre o consumo de produtos de origem animal, como o leite e a carne, bastante consumidos pelos estudantes. Os resultados dessa pesquisa indicam que os estudantes com um estilo de vida mais ativo se preocupam em consumir mais alimentos desta natureza, devido ao aporte de proteínas contidas neste grupo alimentar (SANTOS *et al.*, 2006).

Quando foram analisados os dados da comparação dos alunos das demais áreas com os estudantes da área de saúde (que os autores consideram disseminadores de um estilo de vida saudável), este panorama não se altera, pois estes praticam pouca Atividade Física e tem uma alimentação pouco balanceada (PAIXÃO; DIAS; PRADO*,* 2010).

Assim, como afirmam Madureira *et al.* (2009), a universidade tem papel fundamental na mudança no estilo de vida dos estudantes, com a obrigação de promover ações para a melhora da qualidade de vida e, com isso, também da alimentação.

Diante dos dados evidenciados, percebe-se a necessária adoção de estratégias de Promoção da Saúde eficazes para alteração do panorama alimentar em que se encontram os estudantes: alimentação empobrecida de nutrientes e rica em açúcares e gorduras. Ressalta-se, portanto, a importância da influência social para as mudanças significativas desse padrão alimentar.

O levantamento bibliográfico aqui realizado forneceu o cenário das publicações sobre a Atividade Física em universitários. Notou-se que os autores trabalhados relacionaram a Atividade Física em estudantes universitários com diferentes elementos que podem ou não influenciar nesta prática; fatores como tabagismo, álcool, estado nutricional, condição socioeconômica, nível de instrução, entre outros, foram utilizados, realizando então um panorama da vida universitária e a sua relação com a Atividade Física.

Os estudos evidenciam uma concordância sobre os benefícios da Atividade Física para a comunidade universitária, como a mudança do estilo de vida e consequente melhoria da saúde, e que o sedentarismo pode causar sérias complicações no processo saúde-doença, surgindo a necessidades de políticas que promovam a mudança comportamental destes estudantes, futuros profissionais de saúde. No entanto, é necessário salientar que, por utilizar duas bases de dados (SciELO e LILACS) os resultados não representam por completo toda a produção científica sobre a temática em questão, sendo exigida uma pesquisa mais aprofundada em outras bases de dados para a análise de mais referências sobre o tema.

##### 

# 5 CARACTERIZAÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Este capítulo aborda a caracterização deste estudo e se propõe a discutir o itinerário metodológico percorrido para a coleta de dados, as etapas e instrumentos usados para o prosseguimento do trabalho. Busca, portanto, descrever sobre o sujeito e o universo da pesquisa, a metodologia proposta para a sua trajetória, o processo de construção do tema/problema, os instrumentos metodológicos para a obtenção dos dados e os recursos usados para a sua elaboração.

Para Reis, Ciconelli e Faloppa (2002, p.51) “a pesquisa científica é o conjunto de procedimentos sistemáticos baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de método científico”. Justifica-se, portanto, a necessidade de um capítulo neste estudo que apresente aos leitores como foi construído o pensamento científico nesta produção.

Observa-se, com as leituras realizadas, que refletir sobre o sistema de Ensino Superior Brasileiro, a vida universitária e a promoção de saúde é uma tarefa árdua e muito complexa devido aos mais variados fatores que compõem suas estruturas e organizações. Acredita-se que diversas questões estejam envolvidas na discussão: fatores de ordem econômica, social, cultural, comportamental, entre outros.

Porém, este estudo não pretende contemplar todo o universo relativo a estas questões. Direcionamos o foco para as discussões levantadas junto aos estudantes, identificando as concepções de promoção da saúde destes, a intensidade e a frequência das práticas de atividade física realizadas por esta população.

Trata-se de um estudo qualitativo, conforme entende Minayo (2008, p.57), pois se refere àqueles “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

Acrescentando, Chizzoti (2003, p.221) garante que a pesquisa qualitativa envolve um campo transdisciplinar que adota “multimétodos de investigação para o estudo de fenômeno situado no local em que ocorrem, [...] procurando tanto encontrar o sentido desse fenômeno quanto interpretar os significados que as pessoas dão a ele”. O mesmo autor ainda reitera que “implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis” (CHIZZOTI, 2003, p. 221).

A pesquisa possui ainda uma característica descritiva. Segundo Thomas, Nelson e Silverman (2012, p. 293) são “amplamente utilizadas na educação e em ciências comportamentais” onde “seu valor tem como base a premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio de descrição objetiva”. Para os mesmos autores, neste tipo de metodologia, o “pesquisador procura determinar as práticas (ou opiniões) presentes em uma população específica” (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012, p. 293).

Reforçando o pensamento anterior, Godoy (1995) garante que pesquisas de cunho descritivo têm como objetivo principal entender o fenômeno em toda a sua complexidade, tendo por indicação o método qualitativo. Assim, justifica-se a escolha metodológica.

Enquanto pesquisa qualitativa, esta foi desenvolvida em campo com os estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, com o objetivo de analisar as concepções de promoção da saúde na instituição universitária, verificando se a prática de atividade física é apontada enquanto conduta de promoção de saúde entre estes estudantes, levantando ainda a frequência e a intensidade da atividade física nos universitários participantes da pesquisa.

O instrumento metodológico utilizado para a coleta de dados foi um questionário fechado (Apêndice B), o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão 6), proposto pela Organização Mundial da Saúde em 1998, validado em 12 países, incluindo o Brasil (PARDINI *et al.*, 2001).

Este questionário permite estimar o nível de atividade física de diferentes populações avaliando o tempo semanal gasto e a quantidade de dias na semana destinados a prática de atividades, em duas intensidades diferentes, sendo elas moderadas e vigorosas. Optou-se pelo questionário apresentado em sua versão curta, mesmo este estando disponível em três versões diferentes, que contêm questões relativas a diferentes dimensões da atividade física, como caminhada e esforço físico (VESPASIANO, DIAS; CORREA, 2012). A opção pela versão curta se deu pelo fato de esta conter menos perguntas facilitando a participação dos estudantes, por tomar menos tempo da população pesquisada para a sua realização e pelo baixo-custo deste instrumento.

Foram consideradas apenas as atividades físicas realizadas por lazer e deslocamento, nos últimos sete dias anteriores à realização do questionário, em dois níveis já citados acima. Optou-se por analisar apenas estes domínios devido a evidências de que os indivíduos têm uma tendência a superestimar o nível de atividades físicas em outros domínios (HALLAL; MATSUDO; FARIAS JUNIOR, 2012).

Baseado nas metodologias criadas em outros estudos (HALLAL; MATSUDO; MATSUDO, 2005; HASKELL *et al*., 2007; AZEVEDO; HORTA; GIGANTE, 2008; SILVA, 2011), definiu-se que, para realizar a classificação dos universitários, seria utilizado os escores semanais de atividades físicas, a partir da média da quantidade de vezes que realizam atividades por semana, sendo os indivíduos classificados em: a) igual a 0: inativo; b) < 4 vezes por semana: pouco ativo fisicamente; c) ≥ 4 vezes por semana: ativo fisicamente.

A este questionário foram acrescidas perguntas sobre os dados pessoais, a situação socioeconômica dos participantes e, ainda, uma pergunta aberta, que tinha por objetivo colher informações sobre a concepção de promoção de saúde para os universitários participantes da pesquisa. A pergunta tinha como enunciado: Em sua opinião, o que é Promoção da Saúde?

O questionário, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram transcritos para a plataforma do Google Drive® e então enviados aos alunos do BIS em forma de formulário, no período letivo do primeiro semestre de 2014, a partir dos e-mails fornecidos pela coordenação do curso. Tanto os alunos do turno diurno quanto os do turno noturno receberam o questionário devido à necessidade de analisar a heterogeneidade dessas populações.

Posteriormente, iniciou-se a fase de análise de dados, que tem como objetivo fornecer respostas para os problemas levantados no estudo, sendo que, nesta dissertação, se utilizou dois instrumentos. Para a análise dos dados foram empregadas duas técnicas. A primeira, para as questões pessoais, socioeconômicas e níveis de atividade física, que foram analisados por cálculo de frequência absoluta e relativa, com o objetivo de caracterizar os universitários participantes. No segundo instrumento de análise, para a questão aberta, que trata sobre concepções de Promoção de Saúde, foi utilizado a Análise de Conteúdo.

Para Bardin (1979, p. 42), a Análise de Conteúdo é definida como sendo:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Segundo Minayo (2008) existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, dentre elas a Análise Lexical, Análise de Enunciação, Análise de Expressão, Análise de Relações e Análise Temática. Esta última foi eleita para discutir as respostas dadas pelos universitários. A Análise Temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.” (MINAYO, 2008, p. 316). Este tipo de análise é a principal escolha dos trabalhos qualitativos no Campo da Saúde que se utilizam de questionários ou roteiros semiestruturados como instrumento de coleta de dados (CAMPOS, 2004).

Assim, após a definição da Análise Temática como modalidade, o material coletado foi tratado, a partir das três etapas fundamentais definidas por Bardin (1979): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na etapa da pré-análise foi separado o material que seria utilizado, como as respostas dadas pelos alunos do BI Saúde sobre o que era Promoção da Saúde, que compuseram o corpus de investigação, respeitando as regras estabelecidas por Bardin (1979) de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Estas foram então reunidas em uma planilha do programa Microsoft Word®, para melhor visualização do conteúdo. A seguir, foi realizada uma leitura flutuante, sendo posteriormente determinadas as unidades de registros, de contextos, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais.

No caso deste estudo, a análise de conteúdo foi realizada sem a formulação prévia de categorias (categorização a posteriori); portanto, as categorias emergiram das respostas dadas pelos participantes da pesquisa.

Partiu-se então para a segunda etapa, a exploração do material que, para Minayo (2008, p. 317), “consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto”. Assim, foi realizada uma releitura do corpus de investigação, para a busca de categorias onde cada fala seria organizada.

Após, foi empregado, para auxiliar na análise de dados, a técnica nuvem de palavras (*tag clouds*) ao corpus de investigação para a eclosão das categorias e subcategorias. O material a ser utilizado foi enviado para a ferramenta Wordle™, que cria uma imagem a partir do texto, levando em conta a ocorrência estatística das palavras. Para Mcnaught e Lam (2010) esta ferramenta contribui para a visualização de dados linguísticos, verificando a presença e frequência com que as palavras ocorrem em um dado contexto. Essa técnica compreende em apresentar as nuvens com fontes de tamanhos diferentes, de acordo com a ocorrência dos vocábulos no material analisado, onde fontes maiores são empregadas a frequência maiores e vice-versa. Essa técnica pôde ser observada em estudos realizados anteriormente na área da saúde como os de Carvalho Jr *et al*. (2012), Dias *et al.* (2014) e Pereira *et al*. (2014).

Para Bardin (1979) esta fase tem como principal objetivo obter, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos. Esta releitura técnica possibilitou agrupar as respostas por analogia e criar, no curso da análise, as categorias e subcategorias analíticas. Neste estudo foram definidas quatro categorias analíticas: Promoção da Saúde como sinônimo de ausência de doenças; Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida; Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável; e Promoção da Saúde como sinônimos de políticas sociais e da saúde.

Na terceira etapa, intitulada por Bardin (1979) como tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos foram alocados em planilhas do Microsoft Excel®, para melhor visualização do conteúdo e separação do material por categoria e subcategoria. Estes resultados foram submetidos à operação estatística simples. Para Minayo (2008, p. 318) “a partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente”.

Os dados obtidos foram contrapostos com a literatura apresentada na fundamentação teórica, e com documentos do Governo Federal sobre a implantação do Programa REUNI e dos Bacharelados Interdisciplinares, documentos sobre este programa e curso na Universidade Federal da Bahia, como: o Plano de Expansão e Reestruturação da Arquitetura Curricular na Universidade Federal da Bahia, os Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares, o Memorial da UFBA Nova e o Projeto Pedagógico do BI Saúde. Foram igualmente explorados documentos do Ministério da Saúde que abordavam políticas de promoção da saúde na população, mesmos que estas não tivessem a instituição universitária como universo principal, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde, a Lei Orgânica da Saúde e a Carta de Ottawa.

Assim, a relação entre a fundamentação teórica, obtida pelo levantamento dos referenciais, a coleta, a análise e a interpretação dos dados é que permite a obtenção de ideias e respostas para a discussão e conclusão do trabalho.

Em relação aos aspectos éticos, foi requisitada autorização junto à Secretaria do IHAC, para a realização da consulta sobre matrículas e endereços eletrônicos dos graduandos do BIS do primeiro semestre de 2014.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Bahia, conforme parecer nº 067/2010, aprovado em 16 de agosto de 2010.

Com o intuito de preservar os dados dos sujeitos da pesquisa, os participantes serão identificados pela letra E (estudante) seguida dos números de 1 a 190 (segundo a ordem na qual foram recebidos os depoimentos).

Para a realização desta pesquisa, foram cumpridos os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os envolvidos no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

# 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pôde-se notar, através do que até aqui já foi discutido, que a Promoção da Saúde vem se consolidando como prática recorrente no sistema de saúde pelo mundo, e consequentemente, também no Brasil. Muitas propostas e ações promotoras de saúde já foram implementadas e outras tantas estão em fase de implementação, visando, principalmente a promoção da escolha de um estilo de vida mais saudável. Nota-se também que o eixo práticas corporais/atividades físicas na PNPS é adotado como prioridade, assumindo um lugar representativo nestas ações devido à demonstração dos benefícios que estas proporcionam à saúde da população.

Portanto, há a necessidade de uma discussão mais aprofundada sobre os programas e campanhas de atividades físicas relacionadas à saúde dos indivíduos e da comunidade, não se retendo apenas a uma área do conhecimento específica e nem a apenas uma parte da população (FERREIRA; NAJAR, 2005).

Salienta-se, também, a necessidade da discussão sobre as concepções de Promoção da Saúde, já que esta temática “apresenta uma racionalidade teórica de múltiplos matizes” (RABELLO, 2010, p. 17). Como não há uma inseparabilidade entre teoria e prática, o sucesso dos eixos de ação propostos, incluindo o das práticas corporais/atividades físicas, depende de uma modificação no pensar a Promoção da Saúde enquanto estratégia de atuação nas práticas de saúde brasileiras, pois as concepções formuladas durante a formação profissional refletem diretamente nas práticas exercidas enquanto profissionais. Assim, acredita-se que a formação em ciclo poderá ajudar substancialmente na mudança do pensamento biologicista também da prática de atividades físicas.

Propõe-se, portanto, um estudo, sobre as concepções de promoção de saúde dos estudantes do BIS, contendo uma análise da frequência e intensidade da atividade física praticadas pelos participantes desta pesquisa, além da análise da ocorrência do termo atividade física nas concepções de promoção de saúde destes estudantes.

## 6.1 As concepções de promoção da saúde, a análise da frequência/intensidade das práticas de atividade física e a relação promoção de saúde-atividade física entre os estudantes

Neste capítulo, inicialmente, serão processados os dados inerentes à caracterização dos participantes da pesquisa, tendo como base as respostas das questões fechadas relativas ao perfil e às condições socioeconômicas dos participantes, seguidos da exploração dos dados resultantes do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão 6) versão curta, que se propõe a classificar a relação dos participantes com a atividade física, analisando seu modo de vida perante este elemento. Dando continuidade, será apresenta a Análise de Conteúdo relativa à questão aberta, sobre as concepções de Promoção da Saúde dos estudantes do BIS, onde estará inserida a verificação da prevalência da temática das práticas de Atividades Físicas enquanto conduta de Promoção de Saúde entre os estudantes.

### **6.1.1 Caracterização dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**

O questionário foi enviado para todos os alunos do BIS matriculados regularmente no primeiro semestre de 2014. De acordo com a Coordenação Geral do IHAC, nesse semestre, o quantitativo desses alunos alcançava 890 matrículas, porém somente 190 alunos responderam e devolveram o questionário proposto por este estudo.

### *6.1.1.1 Perfil do estudante*

Nos gráficos a seguir estarão dispostos os perfis dos participantes desta pesquisa, onde serão apresentadas informações sobre sexo, tipo de instituição que terminou o ensino médio, turno que frequenta no curso e semestre que estava alocado em 2014.1.

Figura 7 – Gráfico Distribuição dos participantes por sexo

Fonte: elaboração própria

Pelo exposto no gráfico da Figura 7, constata-se que há um predomínio do sexo feminino entre os estudantes participantes da pesquisa (124; 65%), em relação aos estudantes do sexo masculino (65; 34%). Esses dados corroboram com a última pesquisa sobre o perfil dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras, realizada em 2011, pelo Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE). Neste, constatou-se que 53,5% dos universitários são mulheres. Há um destaque na região Nordeste, onde o número de mulheres matriculadas chega a 58,2% (FONAPRACE, 2011). A maior presença feminina nas universidades federais também é constatada no resumo técnico do censo da educação superior realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em 2012[[15]](#footnote-15) (INEP, 2014).

Segundo o resumo do Inep (2014, p. 39):

Isso demonstra a mudança de rumo provocada pelo público feminino nos últimos anos com a busca de melhores condições de vida e de valorização humana. Além disso, essa participação maior do público feminino na educação superior pode ser explicada em função da tendência de aumento da sua inserção no mercado de trabalho e, consequentemente, da exigência na elevação da sua escolaridade.

Em outro documento do Inep (2006), que analisa a trajetória dos cursos de graduação na área da saúde entre 1991 e 2004, esse número é um pouco maior, pois, segundo o mesmo documento, esta área apresenta uma tendência à “feminilização”.

Na pesquisa realizada por Teixeira e Coelho (2014), em relação aos alunos do BIS em 2009, relatam também a predominância feminina (58,8%). Dados preliminares da continuação dos estudos destas pesquisadoras refletem que este perfil não se altera – em 2010 a prevalência de mulheres é de 66,1% e de 68,8% em 2011.

Referente à categoria administrativa das unidades escolares em que os participantes cursaram o Ensino Médio, o gráfico Figura 8, demonstra que a maioria dos universitários concluiu totalmente o ensino médio em unidades escolares da rede privada (96, 51%), sendo que a soma das respostas (93, 49%) de egressos da escola pública (70, 37%) e egressos que frequentaram pelo menos uma parte em instituições públicas (23, 12%), se apresenta um pouco menor que a resposta com maior percentual.

Figura 8 – Gráfico de dados sobre a categoria administrativa da instituição de ensino médio frequentada anteriormente pelos participantes.

Fonte: elaboração própria

Os dados encontrados não comungam com os dados expostos na pesquisa do FONAPRACE (2011), que afirma que a maioria dos estudantes das universidades federais que realizou o ensino médio totalmente em unidades de ensino da rede pública foi maior (45%) que na rede particular (42%).

Os resultados encontrados nesta população coincidem com aqueles de um estudo realizado em 2009, onde se verificou que no BIS existia a predominância de alunos oriundos da rede privada de estudo, representando 67,1% dos estudantes. Porém, no mesmo estudo, quando as perguntas foram refeitas em 2010 e 2011, os dados apresentaram uma pequena diferença com o que foi encontrado na população desta pesquisa: houve uma diminuição de alunos do BIS provenientes de escolas da rede privada, 41,1% e 47,7%, respectivamente (TEIXEIRA; COELHO, 2014).

Quanto à distribuição por turno, em que os participantes estão matriculados no BIS, a Figura 9, expõe que a maioria dos alunos participantes da pesquisa frequenta o turno diurno (98; 52%), sendo um menor percentual do turno noturno (90; 47%). Porém, neste momento cabe a ressalva que a diferença entre o percentual é apenas de 5%.

Figura 9 – Gráfico de distribuição dos participantes por turno.

Fonte: elaboração própria

Se levarmos em consideração que, no caso específico do BIS, o turno noturno possui o dobro de vagas do curso diurno (TEIXEIRA; COELHO, 2014), proporcionalmente, houve, portanto, uma maior participação dos estudantes do turno diurno na pesquisa. Esse grande número de alunos matriculados no BIS do turno noturno ocorre devido à recomendação do Programa REUNI para o investimento em cursos noturnos, principalmente em relação à criação dos BI e similares, já que historicamente o investimento era bem maior nos cursos diurnos (MARANHÃO; PASSOS; VÉRAS, 2013).

Em relação à distribuição dos participantes da pesquisa por semestre (referente ao ano letivo 2014.1) nota-se na Figura 10 uma maior participação no estudo dos alunos do primeiro semestre (66, 35%), seguido do terceiro semestre (20, 20%) e do sexto semestre (33, 17%).

Figura 10 – Gráfico de distribuição dos participantes por semestre.

Fonte: elaboração própria

### *6.1.1.2 Perfil socioeconômico*

A descrição do perfil socioeconômico dos estudantes do BIS contempla aspectos relativos à situação de moradia, renda familiar, meio de transporte utilizado e adesão ao programa de cotas.

Tabela 1 - Dados do perfil socioeconômicos dos participantes da pesquisa (N= 190)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ITENS/ PARÂMETROS | N° | % |
| Residência  Em casa ou apartamento com a família | 148 | 77,9 |
| Em casa ou apartamento sozinho  Em casa ou cômodo alugado  Em habitação coletiva  Outro  N.I.\* | 13  12  11  2  4 | 6,8  6,3  5,8  1,1  2,1 |
| Renda familiar (em salários mínimos)  1 a 3 sm  4 a 6 sm  Igual ou superior a 7 sm  N.I. | 77  66  45  2 | 40,5  34,7  23,7  1,1 |
| Principal meio de transporte  Carro  Moto  Ônibus ou Van  Outros  N.I. | 30  1  142  4  13 | 15,8  0,5  74,7  2,2  6,8 |
| Sistema de Cotas  Cotista  Não cotista  N.I. | 64  125  1 | 33,7  65,8  0,5 |

Fonte: Elaboração própria

\*Não Informou

A Tabela 1 permite concluir que a maior parte dos estudantes pesquisados residem em casa ou apartamento com a família (148, 77,9%), possuem renda família entre 1 e 3 salários mínimos (77, 40,5%), utilizam como principal meio de transporte ônibus ou van (142, 74,7%) e não são cotistas (125, 33,7%).

Ao comparar os dados deste estudo (77,9%) com a pesquisa de ANO do FONAPRACE (55,28%), constata-se que os estudantes das universidades federais brasileiras ainda mantêm residência com os seus familiares (FONAPRACE, 2011). Duas hipóteses podem ser levantadas sobre estes números: a primeira é que a maioria dos estudantes já morava na cidade de Salvador/BA antes da entrada no curso; e a segunda é de que os filhos estão saindo de casa mais tarde na atualidade.

Em relação à renda familiar, evidencia-se similaridade com os dados do FONAPRACE (2011), que consideram que a maioria dos estudantes das universidades federais brasileiras está na faixa de renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos (41%).

A utilização de transportes coletivos também é clara no estudo realizado pelo FONAPRACE (2011), tendo em nível nacional um percentual de 58,58%; se for analisada a região Nordeste, separadamente este percentual sobe para 61,1%. Esses dados causam a desvalorização do “mito” de que os estudantes das universidades federais se dirigem às instituições de carro próprio.

Em 2011 Sampaio *et al*. (2013) realizou a pesquisa com os alunos dos quatro BI e constatou que 81% se auto definiam como pardos, negros e mulatos, e oriundos da rede pública de ensino (60%). Se comprado tais números com este estudo percebe-se um número menor de cotistas (33,7%) no BIS.

Os dados encontrados por nós, nesta pesquisa, comungam com os dados encontrados por outras pesquisas realizadas com estudantes “aprovados tradicionalmente para os cursos de Saúde, no exame de vestibular”, conforme nos mostra Teixeira e Coelho (2014, p. 80).

### *6.1.1.3 Perfil da prática de atividades físicas*

Antes da análise dos dados referentes à atividade física entre os participantes do estudo, necessita-se esclarecer que não se pretende, neste tópico, estimar o nível de atividade física dos alunos do BIS, ou seja, não existem pretensões epidemiológicas neste estudo. O que se propõe é a criação de um perfil de atividade física para a população respondente do questionário, especificamente.

Assim, a análise do nível de atividade física dos universitários neste estudo, como dito no capítulo 4, foi realizada através do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão 6) em sua forma curta, que para os autores é composto de dois núcleos de perguntas: o primeiro, composto por 6 questões, que são referentes à frequência e intensidade das práticas de atividades físicas; o segundo, composto por 2 questões, que se referem ao tempo de inatividade física durante o dia. A seguir estão os dados encontrados.

Como modo de apresentação dos resultados obtidos no questionário, pretende-se seguir os núcleos de perguntas propostos acima.

As perguntas referentes ao primeiro núcleo, que versam sobre a frequência e intensidade de atividades, foram separadas e agrupadas em uma tabela do Microsoft Excel®, para a realização da classificação dos estudantes. Essa classificação centrou-se principalmente nas 3 perguntas que abordavam a quantidade de dias que foram realizadas atividades físicas moderadas e vigorosas durante a semana anterior à realização do questionário. Os dados foram somados e divididos por 3, por existirem esta quantidade de perguntas que abordavam a quantidade de dias, onde se chegou a uma classificação pautada em metodologias utilizadas em estudos anteriores (HALLAL; MATSUDO; MATSUDO, 2005; HASKELL *et al.*, 2007; AZEVEDO; HORTA; GIGANTE, 2008; SILVA, 2011).

Assim foram criadas três classes de universitários: a) aqueles que não praticaram nenhuma atividade, com valor igual a 0: classe dos inativos; b) aqueles que praticaram entre 1 e 3 vezes por semana: classe dos pouco ativos fisicamente; c) aqueles que praticaram de 4 a 7 vezes durante a semana: classe dos ativos fisicamente.

A partir da criação destas classes foi construído o gráfico (Figura 11) a seguir:

Figura 11 - Distribuição dos alunos participantes por classes de prática de atividade física.

Fonte: elaboração própria

\* Não informaram pelo menos uma das questões

Os dados da Figura 11 revelam que a grande maioria dos alunos pertence à classe de participantes pouco ativos fisicamente (137, 72%), seguida da classe dos ativos fisicamente (44, 23%) e pelos inativos (7, 4%).

Os dados encontrados neste estudo não corroboram com os encontrados no estudo de Marcondelli, Costa e Schimitz (2008) que, ao analisarem estudantes do 3° ao 5° anos da área de saúde, afirmam que 65,5% são sedentários[[16]](#footnote-16).

Em um estudo realizado por Silva e Petroski (2011), com a população de 738 universitários de uma universidade pública e federal da cidade de Florianópolis (SC), chega-se à conclusão de que a maior parte dos alunos foi classificada como tendo um excelente nível de atividades físicas, portanto encontrou-se dados que são diferentes da nossa pesquisa.

Inicialmente, pôde-se observar que essa diferença deve ter sido gerada pelos diferentes instrumentos de coleta de dados. Porém, quando se analisou dados encontrados em um estudo realizado através do mesmo instrumento de coleta de dados, o IPAQ, na Universidade Federal do Piauí (UFPI), os dados se mostraram parecidos com os que aqui foram encontrados. Uma diferença entre estes estudos precisa ser sinalizada; os autores da pesquisa da UFPI classificaram os estudantes não em três classes como neste estudo, mas em quatro (sedentários, insuficientemente ativos, ativos e muito ativos). Compreende-se, a partir da leitura dos resultados do artigo da UFPI, que a somatória entre os insuficientemente ativos e os ativos (54,5%), equivaleria à classe dos pouco ativos fisicamente no estudo do BIS, ou seja, no estudo de Martins *et al.* (2010), os universitários também eram pouco ativos fisicamente.

Os dados relativos ao segundo núcleo de perguntas podem ser observados a partir da análise de dois gráficos (Figuras 12 e 13).

No primeiro gráfico (Figura 12), analisa-se o tempo gasto enquanto sentado durante todo um dia de semana. Pode-se perceber que uma maioria representativa dos graduandos do BIS, participantes do estudo, afirmam ficarem sentados por mais de 4 horas diária (158, 83%). Esse dado corrobora com os encontrados no gráfico da Figura 14, sobre a pouca atividade física praticada pelos estudantes do BIS.

No segundo (Figura 13), que é relativo ao tempo sentado durante um dia de final de semana, a população pesquisada também permanece mais de quatro horas sentada (124, 65%), porém se percebe uma alteração numérica de 18% para menos, em relação ao gráfico anterior (Figura 12). Esta diminuição acontece, provavelmente, devido a um maior tempo livre disponível durante o final de semana.

Figura 12 – Gráfico de dados sobre o tempo gasto sentado pelos universitários do BI em Saúde durante um dia de semana.

Fonte: elaboração própria

Figura 13 – Gráfico de dados sobre o tempo gasto sentado pelos universitários do BI em Saúde durante um dia de final de semana.

Fonte: elaboração própria

A partir da análise realizada à luz dos gráficos acima, nota-se que os alunos do BIS participantes desta pesquisa, durante um dia da semana ou em um dia de final de semana, passam muitas horas sentados. Uma das hipóteses levantadas é a de que eles estejam em local de trabalho ou estudo e que passam muitos momentos em casa para realizar as tarefas concernentes ao ambiente acadêmico.

Essa hipótese pode ser confirmada através do estudo realizado por Marcondelli; Costa e Schmitz (2008) que apontam a falta de tempo, os trabalhos acadêmicos e a necessidade da atividade laboral, como motivos principais para a inatividade física ou para a insuficiente prática, por parte dos universitários.

Um estudo realizado com universitários da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), no primeiro semestre de 2007, relata que alunos, à medida que avançam semestralmente em seus cursos, tendem a uma diminuição da frequência de atividades física, podendo ser também uma confirmação da hipótese de falta de tempo devido aos afazeres acadêmicos (FONTES; VIANNA, 2009).

Outra hipótese é a de que, como entre os estudantes pesquisados existe uma proximidade numérica entre aqueles que frequentam o turno diurno e o noturno (Figura 13), esta pode ter influenciado os dados. Segundo Sousa (2012, p. 129), “estudantes do período noturno, normalmente, estão mais envolvidos em atividades ocupacionais durante o dia e dessa forma apresentam uma menor adesão à prática de atividades físicas”.

### **6.1.2 Resultado e análise das concepções de Promoção da Saúde**

Este subtópico tem por finalidade discutir as concepções sobre Promoção da Saúde e a frequência do uso da temática Atividade Física como ação promotora de saúde entre estudantes do BI em Saúde da UFBA no ano letivo de 2014.1. Os dados foram obtidos através das respostas à pergunta aberta, acrescida ao IPAQ, que foram enviadas aos alunos através da ferramenta on-line *Google Drive®*, em modelo de formulário, e ponderadas pelo método da Análise Temática de Conteúdo de Bardin (1979).

A Figura 14 demonstra que houve a participação de 88,4% (168) dos universitários participantes da pesquisa, sendo que 11,6% (22) destes não responderam à questão aberta proposta.

Figura 14 - Gráfico de dados da quantidade de universitários que responderam a pergunta aberta sobre concepções de Promoção da Saúde

Fonte: elaboração própria

Como demonstrado no Capítulo 5 – estratégia metodológica – para que surgissem as categorias temáticas a serem trabalhadas, foi utilizada a técnica da nuvem de palavras ou *tag clouds* como técnica para a eclosão das categorias nas 168 respostas dadas pelos graduandos a esta questão. O *corpus investigativo*, formado por estas respostas, foi enviado para a ferramenta on-line Wordle™, fonte para elaboração da Figura 15.

Figura 15 - Nuvem de palavras elaborada com base nas respostas dos alunos do BIS sobre concepções de Promoção da Saúde. Salvador, período letivo 2014.1.



Fonte: Wordle™ (http://www.wordle.net/)

A partir da nuvem de palavras obtidas através do Wordle™, foram definidas categorias e subcategorias analíticas, optando-se pelo modelo aberto de definição, onde estas não são pré-definidas, mas se formam durante o curso da análise.

Assim, pode-se observar as categorias e subcategorias, através do Quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Categorias e subcategorias das concepções de Promoção de Saúde entre alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA, Salvador-BA, 2014.

|  |  |
| --- | --- |
| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS |
| I.Promoção da Saúde como sinônimo de ausência de doenças |  |
| II. Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida | II.1. Bem-estar físico, mental e social  II.2. Qualidade de Vida  II.3. Múltiplos fatores da vida |
| III. Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável | III.1. Atividade Física/Alimentação Saudável  III.2. Prevenção de doenças  III.3. Outras Práticas |
| IV. Promoção da Saúde como sinônimos de políticas/ações sociais e de saúde | IV.1. Educação em Saúde/Empoderamento.  IV.2. Intersetorialidade |

Fonte: Próprios Autores

Apesar da análise da frequência de aparecimento das palavras no material do estudo, salienta-se a opção, neste estudo, por Unidade de Contexto Elementar, o recorte pela frase, embora este recorte possa ser, além de uma palavra, um tema, um personagem ou um acontecimento (MINAYO, 2008), pois os autores compreendem que as palavras, fora de um contexto, não possuem significados relevantes para o trabalho.

Observa-se no gráfico (Figura 16) abaixo, que a categoria detentora de maior número de unidades de contexto, é a que relaciona a Promoção da Saúde ao Bem-estar/ qualidade de vida (45,2%; 76), representando sozinha quase que metade das respostas dos universitários. Está seguida, respectivamente, da categoria de políticas/ações sociais e de saúde (27,4%; 46), estilo de vida saudável (22,6%; 76) e ausência de doença (4,8%; 8).

Figura 16 - Gráfico números e percentuais de unidades de contextos nas categorias definidas a posteriori

Fonte: Próprios Autores

A partir deste momento a proposta é discutir as categorias e subcategorias originadas a partir das respostas dos alunos do BIS.

### *6.1.2.1 Promoção da Saúde como sinônimo de ausência de doenças.*

Nesta categoria foram agrupadas respostas que relacionavam a Promoção da Saúde ao sinônimo de ausência de doença. Foram consideradas palavras como doença, risco, adoecimento, ausência, agravo, etc. As frequências das principais palavras relacionadas podem ser observadas através do gráfico a seguir (Figura 17):

Figura 17 – Gráfico de prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de ausência de doença.

Fonte: Próprios Autores

A palavra doença apareceu 45 vezes nas respostas dadas pelos participantes do estudo; porém, como foi considerado seu contexto, nem sempre esta palavra estava relacionando Promoção da Saúde à ausência de doença, ao modelo flexneriano de atenção, sendo esta utilizada, principalmente, para expor que a Promoção da Saúde não era apenas ausência de doença. Como exemplo pode-se citar a resposta dada pelo estudante 32 (E32):

Promoção da Saúde para mim é promover bem-estar físico, mental e social, pois sabemos que promover saúde não é apenas, fornecer folhetins de vacinação ou coisa similar e sim, o uso do conceito ampliado de saúde, **não apenas como ausência de doenças** (*grifo nosso*) e sim o envolvimento de diversos outros fatores, como lazer, esporte, educação, moradia, emprego e outras coisas. Então a promoção da saúde deve envolver todos esses aspectos (E32).

Provavelmente, a frequência da palavra demonstra a grande influência do conceito de saúde da OMS sobre os estudantes, pois eles reproduzem o texto da carta de abertura desta organização.

Pode-se notar, ainda, através desta categoria, que poucas vezes as palavras relacionadas à ausência de doença foram sinônimas à Promoção da Saúde, apesar de estarem ligadas a ela. Há exemplos de estudantes que fizeram esta relação, como podem ser observados nas respostas a seguir:

São ações pessoais e políticas que visam combater determinantes, doenças e agravos à saúde (E11).

São práticas saudáveis de cada indivíduo para que não venha ter o adoecimento (E54).

Em uma em uma hora, fazer um alongamento. Pois, pode adquirir várias doenças ficando sentados durante muito tempo (E154).

Dados parecidos também foram encontrados no trabalho de Vendruscolo e Verdi (2011). Esta pesquisa foi realizada em uma universidade federal brasileira, com formandos de cinco cursos diferentes da área de saúde, chegando à conclusão que apenas algumas vezes os participantes remetem Promoção da Saúde ao modelo biomédico de atenção à saúde, levando-se em consideração somente a ausência de doença.

Entretanto, em um outro estudo realizado em profissionais já graduados foi notado que estes ainda relacionam a Promoção da Saúde com a ausência de doença, onde centralizam as ações de Promoção da Saúde, em seu local de trabalho, para a cura das doenças e não para a obtenção de saúde. As autoras afirmam que isso ocorre devido à formação dada a estes profissionais (AGUIAR *et al.*, 2012), tendo, portanto, este estudo encontrado resultados que se opõem aos aqui apresentados.

Algo que se deve chamar a atenção, a partir dos dados encontrados, é que a concepção dos alunos do BIS sobre Promoção da Saúde não está centralizada no sentido negativo da saúde, sendo que estes possuem uma visão mais ampliada sobre a Promoção da Saúde. Isso pode ser reflexo da proposta de formação diferenciada oferecida pelo curso.

### *6.1.2.2 Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida.*

Antes de dar prosseguimento ao estudo, necessita-se sinalizar que, a partir das próximas categorias, estas serão ainda divididas em subcategorias, diferentemente da primeira.

As unidades de registro e de contexto agrupadas nesta categoria se referiam à Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida. Foram consideradas palavras ou expressões como: qualidade, vida, bem-estar, bem, mental, mente, social, fatores, etc. Esta ainda foi subdividida em 3 subcategorias, sendo elas: a) Bem-estar físico, mental e social; b) Qualidade de Vida; c) Múltiplos fatores da vida.

Segundo Figura 18, esta é a categoria que representa a concepção de Promoção da Saúde dos alunos do BIS, ou seja, grande parte dos estudantes (45,2%; 76) referem que Promoção da Saúde é sinônimo de bem-estar/qualidade de vida.

A frequência das principais palavras ou expressões que compõem esta categoria pode ser observada no gráfico da Figura 18:

Figura 18 - Gráfico prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de Bem-estar/Qualidade de Vida.

Fonte: Próprios Autores

A primeira subcategoria, **bem-estar físico, mental e social (II.1)**,faz alusão ao conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde a saúde era entendida como “um completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946); portanto, a perspectiva biopsicossocial da Promoção da Saúde.

Nahas, Barros e Francalatti (2000, p. 50) reafirmam a ideia da OMS. Para os autores, entende-se por bem-estar “a integração harmoniosa entre os componentes mentais, físicos e emocionais”.

Segundo Batistella (2007b, p. 57) “essa perspectiva evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas”. Contudo, muitas críticas incidiram sobre este conceito, apontando seu caráter utópico e inalcançável. Outra crítica que incide sobre esta concepção é a falta de objetividade, ou seja, ao seu caráter subjetivo.

Esta concepção biopsicossocial da Promoção da Saúde permeou a resposta de 27 acadêmicos (16,1%; 27), entre os 168 (100%; 168) que responderam ao questionário, podendo ser notadas pelas respostas abaixo:

Sigo um pouco a definição da OMS, como sendo um conjunto de sanidade física, mental, etc. Então promoção da saúde seriam formas de garantir essas qualidades (E99).

São medidas que visam melhorar o nível de saúde das pessoas e promover o seu bem-estar físico, mental e social (E45).

Um método que utiliza artifícios saudáveis para se atingir a saúde, tem em vista que a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo perante a sociedade (E29).

Considero como promoção de saúde todo o ato que vise o bom funcionamento do corpo e da mente, levando em conta os fatores sociais e ambientais que possuem bastante influência sobre o ser humano. Logo, promover saúde não somente se liga ao fator de uma saúde física, mas sim, uma homogeneidade entre o ambiente, e as capacidades físicas e psíquicas (E4).

O caráter subjetivo desta concepção também pôde ser constatado através das respostas dos estudantes:

Promoção da saúde **é algo subjetivo** (*grifo nosso*), sendo assim pode ser abordado de diversas maneiras; uma delas é no âmbito pessoal, por exemplo, promover a sua própria saúde é se cuidar psicobiosocialmente (E55).

É pensar no futuro. A promoção da saúde é algo subjetivo de cada um (E186).

Ainda nas respostas fornecidas pelos alunos do BIS, além das três dimensões da concepção biopsicossocial, há a eclosão de mais uma, a dimensão espiritual:

É cuidar dos aspectos físicos, psíquicos, sociais **e espirituais** (*grifo* nosso) da nossa vida (E109).

É estar bem com a vida, físico e mental, procurar dentro do possível uma alimentação saudável e que agrade ao paladar sem prejuízo para o organismo, praticar esportes, trabalhar com satisfação, lazer, **ficar em paz espiritual** (*grifo nosso*), sonhar e ir em busca do que almejamos para a nossa existência, mesmo que não realizamos tudo, mas só em tentar, deixa-nos ativos para que possamos prosseguir e alcançar os nossos objetivos (E172).

A adição desta dimensão ocorre, possivelmente, por muitas pessoas ainda atribuírem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas vividos, assim, também ocorrendo com as adversidades da saúde (FARIA; SEIDL, 2005).

Nos trabalhos de Waltrick (2001), Mascarenhas (2005), Vendruscolo e Verdi (2011) e Campos *et al.* (2012), que estudaram sobre as concepções de Promoção da Saúde de graduandos em diversas áreas da saúde, em diferentes instituições de ensino superior pelo Brasil, chegaram também a dados, como os aqui apresentados, que demonstram grande influência da concepção biopsicossocial entre os graduandos.

Segundo Vendruscolo e Verdi (2011) essa predominância ocorre devido à idealização de um modelo de saúde pautado na saúde ideal, no equilíbrio por parte dos alunos, que dá o sentido de normalidade. Corroborando com a ideia destes autores, Caponi (1997, p. 300-301), fundamentado nas reflexões de Canguilhem e Foucault, afirma que:

o que chamamos de bem-estar se identifica com tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso é valorizado como ‘normal’ (...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio, os fracassos, os erros e o mal-estar formam parte construtiva de nossa história e desde o momento em que nosso mundo é um mundo de acidentes possíveis, a saúde não poderá ser pensada como carência de erros e sim como a capacidade de enfrentá-los.

Acredita-se, portanto, que grande parte dos estudantes do BIS entende que o conceito de Promoção da Saúde esteja intimamente atrelado ao conceito de saúde da OMS, validando a análise da primeira categoria. Esses dados também foram encontrados no estudo de Coelho *et al*. (2014), no qual a concepção do processo saúde-doença, de alguns dos estudantes pesquisados, corrobora com o conceito da OMS, portanto gerando uma possível influência em suas concepções de Promoção da Saúde.

A segunda subcategoria, é composta pelas respostas dos estudantes que conceituam a Promoção da Saúde, a partir da ideia de **qualidade de vida (II.2)**, sendo composta pelas respostas de 22 estudantes (13,1%; 22), a exemplo:

Adoção de medidas com o propósito de melhorar a qualidade de vida e consequentemente a saúde da população (E174)

Realizar atividades que favoreçam a qualidade da saúde e atividades saudáveis para não prejudicar a saúde (E165).

Promover qualidade de vida à população, garantindo por meio de políticas sociais e econômicas o incentivo e o estabelecimento de formas vida saudáveis (E155).

Atenta-se que as respostas dadas pelos alunos do BIS relacionam qualidade de vida como sinônimo de modo de vida, tanto individual, quanto as condições de vida da população:

Promoção da saúde é buscar medidas que visem buscar o aumento da saúde, qualidade de vida e bem-estar individual e/ou coletivo (E10).

A promoção da Saúde está relacionada aos cuidados tanto individuais e/ou coletivos aderidos para manutenção da boa saúde e qualidade de vida (E80).

Toda atividade que tem objetivo melhorar a qualidade de vida do indivíduo, retirar o mesmo de condições desfavoráveis que o leve a adoecer, isso inclui melhor moradia, melhor alimentação, melhor trabalho e rendimento (E152).

Ações que visem melhorar a qualidade de vida individual, não sendo necessariamente ações na área da saúde (E21).

Assim, a saúde e a Promoção da Saúde deixam de ser um estado definido biologicamente para serem compreendidas como um estado dinâmico, socialmente produzido (BUSS, 2000).

Os dados desta subcategoria corroboram com os dados encontrados nos estudos de Mascarenhas (2005) e de Vendruscolo e Verdi (2011), onde os universitários também percebem a Promoção da Saúde como sinônimo de qualidade de vida.

Ainda, nas respostas dos graduandos, podem-se notar dois aspectos relevantes no conceito de qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade (SEIDL; ZANNON, 2004).

Como exemplo do aspecto subjetividade tem-se:

Promover saúde é promover qualidade de vida. **Cada pessoa deve ser saudável da forma que lhe agrada** (*grifo nosso*), que lhe faz bem, existindo alguns requisitos, imprescindíveis para saúde básica como boa alimentação, prática de exercício físico, entre outros (E113).

Já ao aspecto multidimensionalidade:

**É um conjunto de vários aspectos** (*grifo* nosso) para melhoria da qualidade de vida como por exemplo: saúde, moradia, emprego, educação, lazer, paz, espiritualidade, ou seja, mente sã, corpo são (E164).

Na terceira subcategoria foram elencadas as respostas que relacionavam à Promoção da Saúde aos **múltiplos fatores da vida (II.3)**. Esta subcategoria tem uma relação íntima com o aspecto multidimensional da qualidade de vida, citado no parágrafo acima.

Serão dispostas aqui as respostas que trouxeram em seu conteúdo outros fatores que também podem influenciar na melhoria da saúde individual ou coletiva das pessoas.

Portanto, esta subcategoria é formada pelas respostas de 16%, ou 27 universitários.

Notou-se que foram apresentados pelos universitários outros fatores que também são fundamentais para a Promoção da Saúde, como: o descanso (N= 5), humor (N= 7), diversão (N= 17), condições de vida (N= 27), etc.

Possibilitar momentos e atividades que possibilitem prazer, descanso e saúde às pessoas (E8).

Ter atividades e atitudes que promovam o bem-estar físico e em convívio com a sociedade. Ter acesso à educação, moradia e diversão, trabalhando e tendo autonomia para realizar todas as atividades diárias (E104).

Uma alimentação saudável, praticar exercícios regularmente, dormir bem, bom humor, estar bem consigo mesmo (E130).

Para Nahas, Barros e Francalacci (2000) a qualidade de vida é um conjunto de parâmetros individuais, ambientais e socioculturais que caracterizam a maneira e as condições que vivem as pessoas.

Assim, esta subcategoria também reafirma o aspecto subjetivo (SEIDL; ZANNON, 2004) da concepção de Promoção da Saúde entre os estudantes pesquisados. Demonstra que o conceito de Promoção da Saúde tem uma concepção bastante ampla e subjetiva para os estudantes do BIS:

Disponibilidade de meios e hábitos saudáveis (E121).

É ter condições multifatoriais de viver um estilo de vida saudável (E156).

Ações que melhoram a saúde (E167).

Ações em saúde a fim de melhorá-la (E187).

É promover uma vida saudável, vivendo bem e com vitalidade (E188).

Segundo Fleck (2008) isto pode ser entendido devido à ausência de um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, tornando-o sinônimo de diversos outros conceitos existentes na área da saúde.

### *6.1.2.3 Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável.*

Nesta categoria foram agrupadas as respostas que se referiam à Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável. As respostas enfatizavam as práticas de saúde individuais como principal fator para a obtenção da saúde e como ações cruciais para a Promoção da Saúde. Serão apresentadas as respostas que representam o estilo de vida como “o conjunto de práticas cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas” (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

Como unidades de registro e de contexto foram consideradas palavras ou expressões a exemplo de: práticas, atividades físicas, exercícios físicos, alimentação, prevenção, saudável, etc. Esta categoria foi subdividida em 3 subcategorias, sendo elas: a) Atividade Física/Alimentação Saudável; b) Prevenção de doenças; c) Outras Práticas.

A categoria corresponde a 38 das respostas dadas pelos universitários (22,6%; 38), como observado no gráfico da Figura 19. A frequência das principais palavras ou expressões utilizadas como norte para a eclosão desta categoria pode ser observada nessa figura.

Figura 19 – Gráfico prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de estilo de vida saudável.

Fonte: Próprios Autores

As respostas aqui elencadas, enfatizam a responsabilidade individual pelo estado de saúde considerado ideal, através de práticas relacionadas a mudanças de hábitos pelos indivíduos, como alimentar-se bem, fazer atividades físicas regularmente, dormir bem; ou a práticas que prejudiquem a saúde biológica como o tabagismo, o consumo de álcool, o stress, etc. Assim, o principal objetivo da Promoção da Saúde seria promover estas práticas no cotidiano dos indivíduos. Destarte, Promoção da Saúde seria, segundo os universitários,

Promover práticas que mudem o estado físico e mental. Realizar atividades físicas intelectuais como forma de lazer, saúde e bem-estar. Divulgar, incentivar e promover essas práticas saudáveis na sociedade para se viver bem (E108).

Promoção da saúde é exatamente o que seu nome significa. Realizar hábitos que promovam uma vida saudável aos indivíduos. Por exemplo, alimentar-se de forma saudável e práticas exercícios físicos. Tudo isso de maneira orientada, é claro, e sem exageros (E157).

Promoção da Saúde é promover hábitos e estilos de vida saudáveis, trazendo melhorias ao modo de viver a vida, no âmbito individual (E61).

No meu entendimento promoção da saúde são as práticas individuais que refletem uma melhora do corpo e da mente, que mantém a vitalidade. Sendo que essas práticas e ações não são de um total extremamente necessárias, mas de grande contribuição para se manter saudável (E37).

Para os participantes, ter saúde passou a ser sinônimo de “vitalidade”, “viver bem”, “viver saudável”, melhorando a saúde, por meio de hábitos e ações que promovam a saúde individual.

Para Xavier (2006), esta ideia de Promoção da Saúde como estilo de vida saudável está intimamente ligada à grande influência da mídia sobre o pensar saúde da população, que padroniza a saúde na sociedade como um modo de “bem viver”.

Sob esse prisma, para os estudantes que compõem esta categoria, a Promoção da Saúde é considerada como a arte de ajudar as pessoas a modificarem seu estilo de vida para uma condição “ótima” de saúde, segundo os padrões impostos pela sociedade atual.

As subcategorias dizem respeito às principais práticas, estabelecidas pelos estudantes, como promotoras de saúde.

A primeira subcategoria demonstra que as principais práticas de Promoção da Saúde para a obtenção de um estilo de vida saudável é a **atividade física e a alimentação saudável (III.1)**. Estas palavras ou expressões apareceram com grande frequência nas respostas dadas pelos alunos do BIS. A expressão atividade física teve grande frequência (N= 17) entre as respostas, sendo ainda encontradas outras expressões ou palavras referentes às práticas corporais como: exercício físico (N= 7), lazer (N= 17), caminhada (N= 8) e esporte (N= 5). A palavra alimentação ocorreu vinte e quatro (N= 24) vezes nas respostas dos estudantes, sendo, portanto, considerada como um fator indispensável para um estilo de vida saudável. Os estudantes relacionam a Promoção da Saúde, conforme os seguintes parâmetros:

Dar opções e formas para o indivíduo desenvolver atividades físicas (E43).

Consiste em provir de saúde a população, compreendendo saúde desde promoção de exercícios físicos, uma alimentação equilibrada, além de atividades de lazer que propiciem boa saúde (E116).

Ter hábitos diários e regulares, tanto alimentares, quanto na prática de exercícios físicos, que assegurem a melhoria nas condições de saúde. (E171).

Os dados aqui encontrados corroboram com um estudo realizado em acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública do Sul do Brasil, onde estes relacionam Promoção da Saúde a prática de atividades físicas e a alimentação saudável (SEBOLD; RADÜNZ; CARRARO, 2011). Nos trabalhos de Waltrick (2001), Mascarenhas (2005), Vendruscolo e Verdi (2011) e Campos *et al.* (2012) a atividade física e a alimentação saudável também são citadas como principais práticas para a Promoção da Saúde. Os dados encontrados por Coelho *et al.* (2014) em pesquisa com os estudantes ingressantes no BIS, em 2009, sobre as concepções de saúde-doença também corroboram com o nosso estudo.

Esta subcategoria responde a um dos objetivos desta dissertação, que é verificar se a prática de atividade física é apontada enquanto conduta de promoção de saúde entre estes estudantes. Portanto, com o que foi apresentado, evidencia-se que os alunos do BIS apontam a atividade física como prática importante para a Promoção da Saúde.

Provavelmente, a ideia das práticas de atividades físicas como uma das principais ações promotoras de saúde, pelos universitários pesquisados, ocorre devido ao entendimento que um estilo de vida ativo proporciona um aumento nos níveis de saúde. Apesar deste pensamento ser difundido amplamente pelo senso comum, ele extrapola esta dimensão, pois, na atualidade, as práticas regulares de atividades físicas são apontadas pelos estudiosos como ferramenta essencial para o desenvolvimento da saúde nas populações (FERREIRA; NAJAR, 2005).

Porém, segundo os mesmos autores citados no parágrafo acima, essa associação benéfica entre a atividade física e a saúde vem sendo questionada, porquanto há argumentos de que “as pessoas praticam exercícios porque gozam de melhor saúde, e não o inverso, o que caracterizaria um problema de endogeneidade” (FERREIRA; NAJAR, 2005, p. 208).

A segunda categoria diz respeito às respostas que relacionam a prática da **prevenção de doenças (III.2)** como primordial para a obtenção de um estilo de vida saudável e como fator essencial para a realização de ações de promotoras da saúde.

A unidade de registro *prevenção* teve frequência de dezessete (N= 17) vezes nas respostas dadas pelos universitários. Exemplos:

Meios que possibilitem uma ação individual e coletiva de atividades e estilo de vida saudáveis, evitando danos e prevenindo possíveis doenças (E 24).

É tomar medidas saudáveis que previnam uma possível complicação na saúde (E89).

Promoção de saúde são práticas e políticas instituídas com a intenção de prevenir agravos de saúde, através de um estilo de vida saudável (E160).

Fica evidente que a Promoção da Saúde é confundida com a prevenção de doenças. Provavelmente esta confusão entre os conceitos ocorrem pela força do modelo da História Natural da Doença, concebido por Leavell e Clarck, em 1976, na concepção de Promoção da Saúde destes estudantes.

Czeresnia (2009) relata que é comum a dificuldade em separar os conceitos de promoção e prevenção devido ao poder do discurso médico científico vigente no campo da saúde, baseado nas ideias sanitárias preventivistas.

A concepção de Promoção da Saúde como sinônimo de prevenção de doenças também foi notada nos trabalhos de Waltrick (2001), Mascarenhas (2005), Vendruscolo e Verdi (2011), Sebold; Radünz; Carraro (2011) e Campos *et al.* (2012).

A última subcategoria relaciona-se a **outras práticas (III.3)** de vida saudáveis relacionadas pelos estudantes como promotoras de saúde e a estilos de vida não saudáveis que podem atrapalhar um estilo de vida saudável.

Foram citadas como outras práticas benéficas ao estilo de vida saudável: dormir bem, se divertir e ter uma vida social.

Alimentação saudável aliada a uma rotina de atividades físicas, com bons hábitos, como dormir oito horas por dia, ter uma vida social, etc. (E136).

Práticas que promovam a saúde como esporte, alimentação, sono, se divertir, entre outros (E173).

Como práticas não saudáveis para o estilo de vida, foram citadas principalmente: o excesso de trabalho, o consumo de álcool, o stress e o consumo de tabaco.

Promoção da saúde é um conjunto de atividades que venham a contribuir para promover a saúde, como hábitos alimentares saudáveis, praticar exercícios físicos, não consumir tabaco, bebidas alcoólicas e outros elementos que venham a contribuir para o surgimento de doenças (E52).

Reconheço que é de fundamental importância, porém, não tenho encontrado alternativas para minha rotina; trabalho das 08:00 às 17:00 e depois vou a UFBA, moro em Camaçari e só retorno quase meia noite. Fico sentada por quase 12 horas por dia....já tive trombose e vivo sentindo muitas dores na perna sequelada (E150).

Práticas que ajudem na manutenção de um equilíbrio corpóreo, tais como: lazer, prática de esportes, alimentação não muito calórica, evitar estresses, etc. (E53).

Promoção de saúde é promover atividades que diminuam o stress da população, diminua o sedentarismo, etc. (E2).

### *6.1.2.4 Promoção da saúde como sinônimo de políticas/ações sociais e de saúde*.

Nesta categoria foram agrupadas as respostas que idealizavam a Promoção da Saúde como sinônimo de políticas/ações sociais e de saúde. As respostas, diferentemente da categoria anterior, relacionavam a Promoção da Saúde a ações de cunho mais coletivo. Parte da ideia de um amplo conceito do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo a integralização entre os saberes técnico-científicos e o saber popular.

Para a eclosão desta categoria foram consideradas palavras ou expressões que davam um sentido mais amplo à concepção de Promoção da Saúde, como: políticas, ações, fatores, determinantes, integralidade, intersetorialidade, educação, público, etc. Esta categoria foi subdividida em 3 subcategorias, sendo elas: a) Intersetorialidade; b) Educação em Saúde/Empoderamento; c) Outras Políticas/Ações.

Podemos observar no gráfico abaixo (Figura 20) a prevalência das principais palavras ou expressões:

Figura 20 - Gráfico de prevalência das principais palavras ou expressões relacionadas à categoria Promoção da Saúde como sinônimo de políticas/ações sociais e de saúde.

Fonte: Próprios Autores

As respostas relacionadas a esta categoria equivalem a 27,4% (N= 46) do total de respostas dadas pelos graduandos do BIS.

Pode-se perceber que um grande número de universitários, pesquisados por este estudo, relacionam a Promoção da Saúde a estratégias de um processo social e político, que não incluem somente ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades individuais, mas também a ações direcionadas a mudanças dos determinantes e condicionantes sociais, ambientais e econômicos, que têm como principal objetivo melhorar a condição de saúde das populações (CAMPOS *et al.*, 2012).

Um exemplo, do que foi afirmado acima, pode ser observado na resposta do (a) estudante E28, que afirma que:

Promoção da saúde é um conceito amplo, e pra mim de muita importância. Promoção da saúde é a busca pelo bem-estar, envolvendo não apenas o setor saúde, mas sim todos os outros, a intersetorialidade. Promoção da saúde é diferente de prevenção da doença, foca na saúde de fato e não apenas a ausência da doença. Promover saúde consiste em atuar em cima dos Determinantes Sociais de Saúde, como condições de trabalho e habitação, entre outros. Promover saúde é alcançar a igualdade, através da equidade, combatendo as iniquidades, que são desigualdades injustas, desnecessárias e evitáveis. Promover saúde é empoderar as pessoas, é construir o conhecimento em conjunto, para que todos possam decidir as atitudes e os hábitos que querem ter, sabendo das consequências que cada escolha acarreta. Promoção da saúde é o que há! (E28).

O (a) estudante, traz diversas ideias do que seria Promoção da Saúde. Relata que este conceito está intimamente ligado ao conceito amplo do processo saúde-doença, expõe a diferença existente entre prevenção e promoção, relaciona a Promoção da Saúde aos Determinantes Sociais da Saúde, relata como objetivo da Promoção da Saúde a minimização das iniquidades sociais e dispõe sobre a necessidade do empoderamento social.

As respostas dos universitários, presentes nesta categoria, expõem de forma clara os princípios da Promoção da Saúde definidos pela OMS (WHO, 1998) exigidos para a elaboração de políticas e ações promotoras de saúde.

O primeiro deles é o princípio da **concepção holística da saúde**, que entende o processo saúde-doença através de sua multicausalidade (WESTPHAL, 2013).

Promoção da saúde são ações de cunho inespecífico que têm por objetivo assegurar as condições necessárias e adequadas à manutenção da saúde, entendendo que esta não se limita à ausência de doença ou ao mais completo estado de bem-estar biopsicossocial (E73).

O segundo princípio é o da **equidade**, que é um dos pilares da Promoção da Saúde, pois as ações promotoras “objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde” (BRASIL, 2002, p. 21).

Significa ir além do caráter reducionista da prevenção das doenças, promover a saúde é fomentar, criar e implementar ações sociais, políticas, econômicas, educacionais, dentre outras. Tendo como objetivo principal impactar a vidas de todos os sujeitos, em termos de melhorias de qualidade de vida, redução de iniquidades, inferindo assim, sobre os Determinantes sociais da Saúde (E72).

O terceiro é o da **intersetorialidade**, que tem como fundamento a transcendência das abordagens setoriais nas políticas públicas, ou seja, é a realização de estratégias que busquem a promoção de impactos positivos na saúde das comunidades de forma compartilhada entre todos os setores, envolvendo a articulação entre saberes e experiências diversos objetivando planejar e intervir para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde compreende a intersetorialidade das ações para fazer saúde, onde as relações entre os saberes acumulados no campo da saúde e de outros setores se cruzam para solucionar as questões de saúde das comunidades (E30).

O quarto diz respeito ao **empoderamento** (*empowerment*), ou seja, proporcionar às comunidades habilidades necessárias para conseguirem um entendimento e um controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas, agindo para a melhoria da sua situação de vida e, consequentemente, da sua situação de saúde e da comunidade (BRASIL, 2002).

Promoção de Saúde é empoderamento das pessoas, é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (E40).

O quinto princípio está relacionado à participação social denominado de **participação comunitária**, que foi definida e regulada pela Lei n° 8142/90, que cria os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, e busca incluir todos os atores sociais, inclusive aqueles historicamente excluídos, na participação das decisões e execução das políticas de saúde brasileiras (BRASIL, 1990b).

É um processo de capacitação dos indivíduos para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo (E74).

O Sexto princípio, ações **multiestratégicas,** e o sétimo, **sustentabilidade**, não foram citados pelos alunos deste estudo. Assim, as respostas dos universitários agrupadas nesta categoria trazem em seu contexto o conhecimento de alguns princípios relativos à Promoção da Saúde; porém, dentre eles, os mais citados foram a Intersetorialidade e a Educação em Saúde como sinônimo de empoderamento, que deram origem às duas subcategorias a seguir.

Nota-se que o princípio da Promoção da Saúde, **educação em saúde/empoderamento (IV.1)**, foi citado vinte e seis vezes (N= 26), pelos estudantes pesquisados. Esse dado representa o reconhecimento deste princípio como um dos mais importantes para a realização de ações e políticas de Promoção da Saúde, por estes universitários.

Como já foi dito neste estudo, a educação em saúde ou empoderamento é o processo de aquisição de conhecimentos e competências, por parte das pessoas ou comunidades, que promove um acréscimo de poder e controle, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde. Trata-se, pois, de reconhecer os indivíduos como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia (ALMEIDA FILHO, 2000).

Pode-se notar, através das respostas de alguns alunos, o reconhecimento deste princípio:

Promoção de saúde é estimular a população a serem sujeitos ativos dos processos de saúde e seus determinantes (E58).

Promoção da saúde é a capacidade que uma pessoa, comunidade e "agentes" de saúde tem de modificar os determinantes de saúde em benefício próprio e de outros, diminuindo e/ou eliminando os fatores de risco que levam a ocorrências de problemas, isso inclui melhorias na qualidade de moradia, trabalho, educação, ambiente familiar, alimentação, entre outros, através da participação nas decisões de saúde (E77).

Porém, alguns estudantes, pelo fato do termo educação em saúde ser polissêmico (PELICIONI; PELICIONI; TOLEDO, 2013), possuem uma concepção muito simplificada desta política, limitando-se a defini-la como uma aprendizagem voltada às mudanças de comportamento individuais e não como empoderamento social:

Divulgar informações sobre saúde em geral, eventos de conscientização, atividades físicas, alimentação, prevenção, noções de higiene, etc. (E83).

É a informação levada às pessoas como um conjunto de fatores para uma vida mais saudável (E67).

Atuar em campanhas realizando a nível de informar e orientar o público, sobre saúde e higiene (E69).

Ou seja, na visão destes alunos, a educação em saúde é bancária, pautada no acúmulo de conhecimentos para os cuidados com a saúde e não emancipatória (FREIRE, 1970). Educa-se, consequentemente, os indivíduos ou as comunidades, mas não os empoderam para serem agentes modificadores da própria realidade social e de saúde.

Os estudos de Waltrick (2001), Mascarenhas (2005) e Campos *et al.* (2012), com estudantes da área de saúde, demonstram, também, a importância da educação em saúde e do empoderamento como estratégia fundamental para as políticas e ações da Promoção da Saúde e a relação entre as concepções de Promoção da Saúde e a educação em saúde/empoderamento nas respostas dos universitários.

O princípio da **intersetorialidade (IV.2)**, ou seja, “o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores” (OPAS *apud* BUSS, 2000, p. 174), também foi citado como importante pelos universitários participantes da pesquisa.

Segundo Buss (2000, p. 174), a intersetorialidade surge como uma tentativa de superação da “visão isolada e fragmentada na formulação e implantação de políticas e na organização do setor saúde”. Esse entendimento é perceptível nas respostas de alguns estudantes:

Significa ir além do caráter reducionista da prevenção das doenças; promover a saúde é fomentar, criar e implementar ações sociais, políticas, econômicas, educacionais, dentre outras. Tem como objetivo principal impactar a vidas de todos os sujeitos, em termos de melhorias de qualidade de vida, redução de iniquidades, inferindo assim, sobre os Determinantes sociais da Saúde, através de políticas intersetoriais (E72).

A promoção de saúde está ligada a ações intersetoriais que visem os determinantes sociais com objetivo de melhorar a qualidade de vida. Por exemplo, promover saúde, é dar educação e informação, é dar possibilidades de atividade física, é dar saneamento básico, é dar condições favoráveis de trabalho, entre outros determinantes que visam à melhoria na qualidade de vida, sendo envolvidos para isso todos os setores da sociedade (E47).

Pra mim promoção de saúde são práticas e métodos empregados com o objetivo de combater a vulnerabilidade da população ou do indivíduo. Algumas dessas práticas são: combater a fome, diminuir o estresse, ter emprego, ter casa própria, enfim, ter uma vida digna (E182).

Percebe-se, também, que existe uma relação íntima entre as duas subcategorias aqui descritas, onde necessariamente, para os universitários, as ações intersetoriais em saúde perpassam pela educação em saúde e empoderamento social.

Promoção de Saúde são ações dirigidas a indivíduos ou grupos, direcionada a um problema de saúde específico ou mais amplo e está relacionada a outros fatores como trabalho, educação, lazer, etc. Essas ações devem proporcionar um empoderamento aos sujeitos ou grupos alvo para que se reconheçam como agentes participantes na busca por melhorias em sua condição de vida e, consequentemente, saúde (E23).

A promoção da saúde no compreende a intersetorialidade das ações para fazer saúde, onde as relações entre os saberes acumulados no campo da saúde e dos outros setores se delineiam tanto sob forma de automação dos sujeitos, quanto à necessidade de ações coletivas e estímulo à participação (E30).

São meios pelos quais entidades, dos mais variados setores, usam para difundir sobre os benefícios que a atividade física gera para a saúde (E183).

Segundo Candeias (1997, p. 210), isso ocorre devido às “confusões entre os termos educação em saúde e promoção em saúde têm provocado” sobre “a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública”, fazendo com que, provavelmente, entre a população em geral, os estudante e profissionais em saúde, quando se fala sobre intersetorialidade da saúde se remeta principalmente ao setor educação.

A intersetorialidade também é citada como estratégia para a Promoção da Saúde pelos estudantes das áreas de saúde estudados por Waltrick (2001), Mascarenhas (2005) e Campos *et al.* (2012). Logo, os dados obtidos pelos estudos destes autores, corroboram com os dados encontrados nesta subcategoria.

# 7 conclusão

Conclui-se que os alunos participantes são na maioria do sexo feminino, oriundos de escolas privadas, estudantes do turno diurno do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, moram em casa ou apartamento com a família, tendo como renda 1 a 3 salários mínimos, o principal meio de transporte é o coletivo (ônibus e van) e não acessam ao curso por meio do sistema de cotas.

Quanto ao perfil de atividade física, mais da metade dos graduandos são considerados pouco ativos fisicamente, ou sejam, realizam atividades físicas entre 1 a 3 vezes por semana, sendo que poucos foram considerados inativos fisicamente. Porém, estes mesmos alunos passam muito tempo sentados durante um dia da semana ou um dia de final de semana, provavelmente devido ao excesso de trabalho ou de tarefas acadêmicas; esse dado pode explicar o perfil pouco ativo dos universitários.

Percebe-se que as concepções de Promoção da Saúde dos universitários do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia são produto de um saber cotidiano, onde foram acrescidas ideias do conhecimento científico, devido ao saber já adquirido no meio acadêmico.

As concepções de Promoção da Saúde apresentadas pelos estudantes estão banhadas por conceitos de saúde existentes na sociedade atual, que os influenciam a pensar Promoção da Saúde destes mesmos estudantes, gerando uma simbiose entre estes dois conceitos, onde as concepções de saúde estão diretamente ligadas às concepções de Promoção da Saúde.

Ao analisar as concepções de Promoção da Saúde dos participantes deste estudo conclui-se que:

* a maioria dos universitários pensa Promoção da Saúde como sinônimo de bem-estar/qualidade de vida. Hipoteticamente, isso ocorra devido a estas concepções estarem alinhadas com os valores dominantes da civilização moderna, principalmente ao culto de uma “saúde ideal”, sendo estes ainda influenciados pela concepção de saúde presente no documento de abertura da Organização Mundial de Saúde;
* há uma grande parte dos estudantes pensando saúde de uma forma mais ampliada, o que provoca uma mudança nas concepções de Promoção da Saúde, comungando com o conceito de saúde adotado pelo Projeto Político Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Representam a Promoção da Saúde como sinônimo de políticas e ações de cunho intersetorial, que têm como principal objetivo a diminuição das iniquidades sociais e o empoderamento da sociedade, para que, através da participação social, possam ter voz e vez na solução dos problemas de saúde;
* uma parte dos estudantes ainda acredita que Promoção da Saúde seja sinônimo de um estilo de vida saudável, de um “viver bem”, que se dá através da mudança do estilo de vida individual. Enfatizam a responsabilidade do indivíduo sobre sua saúde, sendo o principal objetivo da Promoção da Saúde promover essas mudanças de hábitos;
* nota-se que a concepção de Promoção da Saúde não está totalmente centralizada no sentido negativo da doença, ou seja, como sinônimo de ausência de doenças. Apesar deste termo ser bastante utilizado pelos participantes, ele se encontra mais próximo do sentido positivo da saúde, sendo que esta mudança possa ter ocorrido devido aos conteúdos e à formação diferenciada proposta pelo projeto do BIS.
* verifica-se que a prática de atividade física é apontada enquanto conduta de promoção de saúde entre estes estudantes, apesar deles serem considerados pouco ativos fisicamente. Portanto, com o que foi apresentado, pode-se inferir que os alunos do BIS acreditam que a atividade física é uma prática importante para a Promoção da Saúde.

Como limitação deste estudo, podemos identificar a não realização de um estudo mais longo, que acompanhasse estes estudantes durante a sua formação, para que se pudesse perceber as mudanças da concepção de Promoção da Saúde durante a sua vida acadêmica. Indica-se um estudo posterior que se possa acompanhar os alunos durante toda a sua formação interdisciplinar.

**REFERÊNCIAS**

AGUIAR, A. S. C. de. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428-435, mar./abr. 2012. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033316022> Acesso em: 03 mar. 2015.

ALMEIDA FILHO, N. de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 11-34, nov./dez. 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6345/4930> Acesso em: 10 fev. 2014.

\_\_\_\_\_\_. Um paradigma renovado de universidade: comentários críticos e esperançosos. In: Global reach, local impacy: the public reasearch university in the 21st century, 1., 2003, Montreal. **Anais eletrônicos**.Montreal: McGill, 2003. Disponível em: <http://www.ufbacontemporanea.ufba.br/Um%20Paradigma.pdf> Acesso em 12 dez. 2014.

\_\_\_\_\_\_. As três culturas na Universidade Nova. **Ponto de Acesso**, Salvador, v. 1, n. 1, p. 5-15, jan.-jun. 2007. Disponível em: < http://www.portalseer.ufba.br/index.php/revistaici/article/view/1390/872> Acesso em: 20 dez. 2014.

\_\_\_\_\_\_. O que é saúde? **[online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. Temas em saúde coletiva. ISBN 978-85-7541-343-2. Avaliable from Scielo Books <HTTP://books.scielo.org>.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 979-889, out./dez. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14611.pdf> Acesso em: 10 jan. 2015.

ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev. APS**, Juíz de Fora/MG, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.proac.uff.br/coletiva1/sites/default/files/Processo\_saude\_doenca\_e\_Promocao\_da\_Saude\_aspectos\_historicos\_e\_conceituais.pdf> Acesso em: 06 jan. 2015.

ARAÚJO, C. A. Á. A ciência como forma de conhecimento. **Ciência & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, mai./ago. 2006. Disponível em: < http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m32690.pdf> Acesso em: 03 jan. 2015.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M.C.G.de; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.1, supl. 1, p. 20-31, jun. 2007. Disponível em: < http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1421/1057> Acesso em: 19 dez. 2014.

ARAÚJO, L. M. Saúde- doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. Práxis em saúde coletiva. **[Online]**. out. 2006. Disponível em: <http://psaudecoletiva.blogspot.com.br/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder cultura.html> Acesso em: 07 jan. 2015.

AZEVEDO, M. R. et al. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 69-75, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000100010&script=sci\_arttext> Acesso em: 20 dez. 2013.

AZEVEDO, M. R.; HORTA, B. L.; GIGANTE, D. P. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimento de 1982, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 2, p. 70-77, dez. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s2/7007.pdf> Acesso em: 15 nov. 2014.

BACKES, M. T. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 11-117, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf> Acesso em: 08 jan. 2015.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde Coletiva e Educação Física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 21-44 (v.2).

BARDIN, l. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO, R. M. B.; MENDES, J. S. R. O modelo europeu de educação superior definido pelo Processo de Bolonha e seus reflexos na reestruturação da UFBA. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE, 4., 2012, São Cristovão/SE. **Anais eletrônico...** São Cristovão: UFS, 2012. Disponível em: < http://educonse.com.br/2012/eixo\_13/PDF/21.pdf> Acesso em: 23 nov. 2014.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf> Acesso em: 04 jan. 2015.

BASTOS, c. c. b. c. O Processo de Bolonha no espaço europeu e a reforma universitária brasileira. **Educação Temática Digital**, Campinas, v. 9, n. esp., p. 95-106, dez. 2007. Disponível em: <http://www.fe.unicamp.br/revistas/ged/etd/article/view/1703/1547> Acesso em: 06 dez. 2014.

BASTOS, F. I. **Saúde em questão**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BATISTELLA, 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, 2007a, p. 25-49.

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

BELLI, T. et al. Impacto do exercício físico agudo no perfil metabólico pós prandial em adultos fisicamente aptos. **Rev. Bras. Cianeantropom. Hum.**, Florianópolis, vol. 11, n. 3, p. 314-319, 2009. Disponível em: < https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/10835/10317> Acesso em: 12 fev. 2014.

BERNHEIM, C. T.; CHAUÍ , de S. **Desafios da universidade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação superior**. Brasília: UNESCO, 2008.

BOHRER, I. N. et al. A história das universidades: o despertar do conhecimento. In: Jornada nacional de educação: a educação na sociedade dos meios virtuais, 14., 2008, Santa Maria. **Anais eletrônicos...**  Santa Maria: UNIFRA, 2008. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jne2008/Trabalhos/114.pdf> Acesso em: 13 dez. 2014.

Bourdieu, P. Algumas propriedades dos campos. In: \_\_\_\_\_. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. cap. 9, p. 89-94.

BRANDÃO, M. P.; PIMENTEL, F. L.; CARDOSO, M. F. Impact of academic exposure on health status of university students. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 49-58, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/2035.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: MS, 1986.

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

\_\_\_\_\_\_. Lei N° 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 correspondente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.

\_\_\_\_\_\_. Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2002. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\_promocao.pdf> Acesso em: 12 out. 2014.

\_\_\_\_\_\_. Portaria N° 2.608/GM, de 28 de dezem­bro de 2005. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmis­síveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Muni­cipais de Saúde das capitais. **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**, Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde**, Brasília, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Diretrizes Gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)**. 16 de Agosto de 2007a.

\_\_\_\_\_\_. Decreto Nº 6.096, de 24 de abril de 2007.Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2007b.

\_\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior**. Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://reuni.mec.gov.br/images/stories/pdf/novo%20%20bacharelados%20interdisciplinares%20-%20referenciais%20orientadores%20%20novembro\_2010%20brasilia.pdf>. Acesso em: 16 de dezembro de 2014.

\_\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2011a. 197 p. (Coleção para entende a gestão do SUS 2011, 3).

\_\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011b. 197 p. (Coleção para entende a gestão do SUS 2011, 3).

\_\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 13 nov. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./jun. 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> Acesso em: 11 jan. 2015.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acesso em: 10 jan. 2015.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf> Acesso em: 12 nov. 2014.

CAMPOS, L. et al. Concepções e práticas de promoção da saúde segundo acadêmicos de odontologia em Santa Catarina-Brasil. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 321-327, jul./set. 2012. Disponível em: < http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2262/2489> Acesso em: 12 fev. 2015.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais**. Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abr. 1997. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf> Acesso em: 04 mar. 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 287-307, out. 1997. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05.pdf> Acesso em: 21 fev. 2015.

\_\_\_\_\_\_. A saúde como objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 115-136 (v.1).

CARVALHEIRO, J. da R.; MARQUES, M. C. C.; MOTA, A. A construção da Saúde Pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf> Acesso em: 05 jan. 2015.

CARVALHO JR, P. M. et al. Avaliação do programa de residência multiprofissional em saúde da família: uma análise qualitativa através de duas técnicas. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 114-119, [S.I.] 2012. Disponível em: < http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\_artigo.asp?id=319> Acesso em: 22 nov. 2014.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep.** v. 100, n. 2, p. 126-131, mar./abr. 1985. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf> Acesso em: 17 mai. 2014.

CASTILLO, I.; MOLINA-GARCÍA, J. Adiposidad corporal y bienestar psicológico: efectos de la actividad física en universitarios de Valencia, España. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 4, p. 334-340, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a08> Acesso em: 22 nov. 2013.

CIESLAK, F. et al. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Rev. Da Educação Física**, Maringá, v. 23, n. 2, p. 251-260, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1983-30832012000200009&lang=pt> Acesso em: 22 nov. 2013.

CHAUÍ, M. de S. **Escritos sobre a Universidade**. São Paulo: Unesp, 2001.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 16, n.2, p. 221-236, 2003. Disponível em: < http://www.unisc.br/portal/upload/com\_arquivo/1350495029.pdf> Acesso em: 22 nov. 2014.

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

\_\_\_\_\_\_. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, mai.-ago. 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0104-59702002000200005> Acesso em: 23 dez. 2014.

COELHO, M. T. Á. D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). **Uma experiência inovadora no Ensino Superior**: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Salvador: Edufba, 2014. p.111-126.

COELHO, S. S.; VASCONCELOS, M. C. A criação das instituições de ensino superior no Brasil: o desafio tardio da América Latina. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL SOBRE GESTÃO UNIVERSITÁRIA NA AMÉRICA DO SUL, 9., 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: UFSC, 2005. Disponível em: < https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/37012/A%20cria%C3%A7%C3%A3o%20das%20institui%C3%A7%C3%B5es%20de%20ensino%20superior%20no%20Brasil%20O%20desafio%20tardio%20na%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf?sequence=1> Acesso em: 06 dez. 2014.

COLARES, V.; FRANCA, C. da; GONZALEZ, E. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 551-528, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2009000300007> Acesso em: 22 nov. 2013.

COLOSSI, N.; CONSENTINO, A.; QUEIROZ, E. G. de. Mudanças no contexto do ensino superior no Brasil: Uma tendência ao ensino colaborativo. **Rev. FAE**, Curitiba, v. 4, n.1, p. 49-58, jan.-abr., 2001. Disponível em: < http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista\_da\_fae/fae\_v4\_n1/mudancas\_no\_contexto\_do\_ensino.pdf> Acesso em 04 dez. 2014.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, jul./dez. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf> Acesso em: 04 jan. 2015.

CORDERO, R. E. et al. Biomarcadores séricos del estado de salud en jóvenes universitarios de acuerdo a sunivel de actividad física. **Revista de la Facultad de Medicina**, Caracas, v. 31, n. 1, p. 29-36, jun. 2008. Disponível em: <http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\_fmed/article/view/3128/2993> Acesso em: 22 nov. 2013.

CRUZ, D. K. A.; MALTA, D. C. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In: BENEDETTI, T. R. B. et al. (Orgs.). **Formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 39-53.

DANTES, M. A. M. AS CIÊNCIAS NA HISTÓRIA BRASILEIRA. **Ciência e Cultura (SBPC)**, São Paulo, v. 57, n. 1, p. 26-29, 2005. Disponível em: < http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v57n1/a14v57n1.pdf> Acesso em 03 dez. 2014.

DIAS, C. et al. A prática desportiva dos estudantes universitários e suas relações com as autopercepções físicas, bem-estar subjectivo e felicidade. **Estudos de Psicologia**, Natal/RN, v. 13, n. 3, p. 223-232, set./dez. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/epsic/v13n3/a05v13n3.pdf> Acesso em: 27 nov. 2013.

DIAS, M. S. de A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, nov. 2014. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4371.pdf> Acesso em: 13 dez. 2014.

FARIA, J. B. de; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 381-389, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a12v18n3.pdf> Acesso em: 06 mar. 2015.

FÁVERO, M. de L. de A. Universidade no Brasil: das origens à Reforma Universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n28/a03n28> Acesso em: 07 dez. 2014.

FERRARI, E. P. et al. Insatisfação com a imagem corporal e relação com o nível de atividade física e estado nutricional em universitários. **Motricidade**, Aveiros, v. 8, n. 3, p 52-58, set. 2012. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/1156/949>Acesso em: 22 nov. 2013.

FERRARI, E. P.; PETROSKI, E. L.; SILVA, D. A. S. Prevalence of body image dissatisfaction and associated factors among physical education students. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 35, n 2, p. 119-127, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n2/v35n2a05.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013

FERRARI, E. P.; SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L. Associação entre percepção da imagem corporal e estágios de mudança de comportamento em acadêmicos de educação física. **Rev. Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 14, n.5, p. 535-544, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v14n5/v14n5a05.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10 (sup.), p. 207-219, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232005000500022&lng=pt> Acesso em: 07 fev. 2014.

FLECK, M. P. de A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. de A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONAPRACE - FÓRUM NACIONAL DE PRÓ-REITORES DE ASSUNTOS COMUNITÁRIOS E ESTUDANTIS. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das Universidades Federais Brasileiras**. Brasília, DF, jul. 2011. Disponível em: < http://www.prace.ufop.br/novo/pdfs/publicacoes/Relatorio%20Nacional.pdf> Acesso em: 23 fev. 2015.

FONTES, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste – Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 20-29, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n1/03.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

FRANCA, C. da; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 420-427, [S.I.] 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6301.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

GARCÍA-LAGUNA, D. G. et. al. Determinantes de los estilos de vida y su aplicación em lasalud de jóvenes universitarios. **Haciala Promoción de laSalud**, Manizales, v. 17, n. 2, p. 169-185, dez. 2012. Disponível em: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(2)\_12.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades: uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf> Acesso em: 19 nov. 2014.

GUEDES, D. P.; LEGNANI, R. F. S.; LEGNANI, E. Exercise motives in a sample of Brazilian university students. **Motriz**, Rio Claro, v. 19, n. 3, p. 590-596, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v19n3/09.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

HAESER, L. de M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, abr./jun. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf> Acesso em: 12 jan. 2015.

HALLAL, P. C.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 573-580, mar./abr. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/24.pdf> Acesso em 15 nov. 2014.

HALLAL, P.C.; MATSUDO, S.; FARIAS JUNIOR, J.C. Measurement of Physical Activity by Self-Report in Low- and Middle-Income Countries: More of the Same Is not Enough. **Journal of Physical Activity and Health**, [S.I.], v. 9, (Suppl 1), p. S88-S90, 2012. Disponível em: < http://www.americankinesiology.org/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/12\_hallal\_jpah\_2011\_0073.pdf> Acesso em: 11 jan. 2015.

HALLAL, P. C.; KNUTH, A. G. Epidemiologia da atividade física e a aproximação necessária com as pesquisas qualitativas. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 181-192, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32892011000100012&script=sci\_arttext> Acesso em: 08 fev. 2014.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the 7 American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Indianápolis, v. 39, n. 8, p. 1423, [S.I.] 2007. Disponível em: < http://www.cdof.com.br/recomendacao\_acms\_adultos65.pdf> Acesso em: 15 nov. 2014.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2> Acesso em: 10 jan. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília, DF, v.15, 2006. 522 p.: il. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Texto\_de\_Referencia.pdf> Acesso em 23 fev. 2015.

\_\_\_\_\_\_. **Censo da Educação Superior 2012: resumo técnico**. Brasília, DF, 2014. 133 p.: il. Disponível em: < http://download.inep.gov.br/download/superior/censo/2012/resumo\_tecnico\_censo\_educacao\_superior\_2012.pdf> Acesso em: 23 fev. 2015.

Langdon, E. J.; Wiik, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Robeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 173-181, mai./jun. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\_23> Acesso em: 03 jan. 2015.

LEAVELL, H. R.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mc Graww-Hill, 1976.

LIMA, C. L.; AZEVEDO, M. L. N. de; CATANI, A. M. O Processo de Bolonha, a avaliação da educação superior e algumas considerações sobre a Universidade Nova. **Avaliação (Campinas/Sorocaba)**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-36, mar. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/aval/v13n1/a02v13n1.pdf> Acesso em:16 nov. 2014.

LIMA, P. G. Políticas de educação superior no Brasil na primeira década do século XXI: alguns cenários e leituras. **Avaliação (Campinas/Sorocaba)**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 85-105, mar. 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/aval/v18n1/06.pdf> Acesso em: 02 dez. 2014.

LOPES, M. do S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, jul./set. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf> Acesso em: 13 jan. 2015.

LOURENÇO, L. F. L. et. al. A historicidade filosófica do conceito saúde. Hist. Enf. **Rev. Eletr. HERE**, [S.I.], v. 3, n. 1, p. 17-35, 2012. Disponível em: < http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num1artigo2.pdf> Acesso em: 03 jan. 2015.

MADUREIRA, S. A. et al. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2009001000005&lang=pt> Acesso em: 22 nov. 2013.

MALTA, D. C. et al. A política Nacional de promoção de saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=es&nrm=iss> Acesso em: 07 fev. 2014.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev. Bras, Ativ. Fís. Saúde**, Pelotas/RS, v. 19, n. 3, p. 286-299, mai. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3427/3280> Acesso em: 14 jan. 2015.

MANTILLA-TOLOZA, S. C.; GÓMEZ-CONESA, A.; HIDALGO-MONTESINOS, M. D. Actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol, en un grupo de estudiantes universitarios. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 13, n. 5, p. 748-758, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n5/v13n5a03.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

MARANHÃO, J. D.; PASSOS, W. dos S.; VÉRAS, R. M. Avaliação do processo de adesão da UFBA ao REUNI. In: Coloquio de Gestión Universitaria en Américas, 8., 2013, Montevideo. **Anais eletrônicos...** Montevideo: UFSC, 2013. Disponível em: < https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16706/1/ARTIGO-%20AVALIA%C3%87%C3%83O%20DO%20PROCESSO%20DE%20ADES%C3%83O%20DA%20UFBA%20AO%20REUNI.pdf> Acesso em: 23 fev. 2015.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M. da; SCHMITZ, B. de A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área de saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 39-47, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n1/a05v21n1.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

MARTINS, A. C. P. Ensino Superior no Brasil: da descoberta aos dias atuais. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 17, suppl. 3, p. 4-6, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v17s3/15255.pdf> Acesso em: 12 dez. 2014.

MARTINS, M. do C. de C. e. et al. Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq. Bras. Cardiol.**, [S.I.], v. 95, n.2, p. 192-199, ago. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n2/aop06810> Acesso em: 25 fev. 2015.

MASCARENHAS, C. V. **Promoção da saúde: representações sociais de acadêmicos dos cursos de graduação na área da saúde**. 2005. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MATTOS, P. L. C. L. **As universidades e o governo federal**. Recife: UFPE, 1983.

Mcnaught, C.; LAM, P. Using wordle as a supplementary research tool. **The Qualitative Report**, Flórida/USA, v. 15, n. 3, p. 630-643, mai. 2010. Disponível em: < http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-3/mcnaught.pdf> Acesso em: 22 nov. 2014.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/3864/2957> Acesso em: 09 jan. 2015.

MENDONÇA, A. W. P. C. A universidade no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, [S.I.], n. 14, p. 131-150, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n14/n14a08.pdf> Acesso em: 19 mar. 2015.

MENDONÇA, B. C. de A.; TOSCANO, J. J. de O.; OLIVEIRA, A. C. C. de. Programa academia da cidade de Aracajú: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 14, n. 3, p. 211-216, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/776/785> Acesso em: 07 fev. 2014.

MINAYO, M. C. S. **O** **desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. Londrina: Midiograf, 2006.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. de; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem-estar – base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde.** Londrina, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1002/1156> Acesso em: 17 mai. 2014.

NAHAS, M. V.; GARCIA, L. M. T. Um pouco da história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 135-148, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v24n1/v24n1a12> Acesso em: 16 abr. 2014.

OLIVEN, A. C. Histórico da educação superior brasileira.In: SOARES, M. S. A. (Coord). **A educação superior no Brasil**. Porto Alegre, IESALC/ CAPES/UNESCO, 2002. Disponível em: < http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139317por.pdf> Acesso em: 06 dez. 2014.

OLIVEIRA, D. L. de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção de saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, mai./jun. 2005. Disponível em: < https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/65577/000539415.pdf?sequence=1> Acesso em: 18 mar. 2015.

OLIVEIRA, M. A. de C.; ENGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n.1, p. 01-15, mar. 2000. Disponível em: < http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/492.pdf> Acesso em: 09 jan. 2015.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization.** Genebra, v. 79, n. 2, p. 509-538, jan. 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0042-96862001000200012> Acesso em: 04 fev. 2014.

Organização Mundial da Saúde. **Documento de constituição da Organização Mundial de Saúde**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acesso em: 20 nov. 2014.

ORSO, P. J. A criação da Universidade e o projeto burguês de educação no Brasil. In: ORSO, P. J. (Org.). **Educação, sociedade de classes e reformas universitárias**. Campinas: Autores Associados, 2007. Cap.3, p. 44-62.

PAIXÃO, L. A. da; DIAS, R. M. R.; PRADO, W. L. do. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 145-150, jul./set., 2010. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/\_artigos/398.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

PARDINI, R. et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. E Mov.**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 45-51, jul. 2001. Disponível em: < http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/393/446> Acesso em: 13 out. 2014.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24383/26307> Acesso em: 18 mar. 2015.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.; TOLEDO, R. F. de. A Educação e a Comunicação para a Promoção da Saúde. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

PEREIRA, D. de A. et al. Sintomas depressivos e abuso de drogas entre mulheres presas na cadeia pública feminina de Votorantim/SP. **Rev. Fac. Méd. Sorocaba**, Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 71-75, [S.I.] 2014. Disponível em: < http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/13423/pdf> Acesso em: 13 dez. 2014.

PETROIANU, A.; SANTOS, B. M. R. dos; GONÇALVES, R. M. Deficiência visual e prática esportiva em estudantes de medicina e de educação física. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 61, n. 11, p. 726-727, nov. 2004. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\_materia=2835> Acesso em: 22 nov. 2013.

PINHEIRO, J. N.; CHAVES, M. C.; JORGE, M. S. B. A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 93-100, jul./dez. 2004. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/929/pdf> Acesso em: 10 jan. 2015.

QUADROS, T. M. B. de. et. al. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. **Rev. Salud Publica**, Bogotá, v. 11, n. 5, p. 724-733, oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n5/v11n5a05.pdf > Acesso em: 22 nov. 2013.

RABELLO, L. S. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAMALHO, A. A.; DALAMARIA, T.; SOUZA, O. F. de. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1405-1413, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n7/18.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

RAMIRES, V. V. et al. A evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática. **Rev. Bras, Ativ. Fís. Saúde**, Pelotas/RS, v. 19, n. 5, p. 529-547, set. 2014. Disponível em: < http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3732/3561> Acesso em: 14 jan. 2015.

RECH, C. R.; ARAÚJO, E. D. da S.; VANAT, J. D. R. Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 285-292, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-55092010000200011&script=sci\_arttext>Acesso em: 22 nov. 2013.

REIS, F. B. dos; CICONELLI, R. M.; FALOPPA, F. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Rev. Bras. Ortop.**, São Paulo, v. 37, n. 3, mar. 2002. Disponível em: < http://alessandro.ccbs.uepb.edu.br/pdf/texto3.pdf> Acesso em: 11 out. 2014.

RIGO, L. C.; PARDO, E. R.; SILVEIRA, T. T. Reinventando o conceito de saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Ilhéus: Editus, 2007. p. 155-171 (v.3).

RIGONI, P. A. G. et al. Estágios de mudança de comportamento e percepção de barreiras para a prática de atividade física em universitários do curso de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fís. e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 87-92, abr. 2012. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/\_artigos/507.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

ROCHA, M. N. D. **Educação Superior no Brasil**: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI. 2014, 143 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2014.

RODRIGUES, E. S. R.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 672-678, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6430.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 87-98, jan./jun. 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\_saude\_v18n1.pdf#page=86> Acesso em: 14 jan. 2015.

SAMPAIO, S. M. R. et al. Nova Universidade, novos estudantes: quem são e o que esperam os estudantes dos bacharelados interdisciplinares da Universidade Federal da Bahia. . In: SANTOS, G. G; dos; SAMPAIO, S. M. R. (Org.). **Observatório da vida estudantil: universidade, responsabilidade e juventude**. Salvador: EDUFBA, 2013.

SANTOS, A. et al. Distribuição, evolução e produção científica dos grupos de pesquisa em atividade física e saúde do Brasil. **Rev. Bras, Ativ. Fís. Saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 4, p. 258-262, ago. 2012. Disponível em: < http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1874/1842 > Acesso em: 12 jan. 2015.

SANTOS, B. de A.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A universidade do século XXI: para uma universidade nova.** Coimbra: Almedina, 2008.

SANTOS, F. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A quarta missão da Universidade: internacionalização universitária na sociedade do conhecimento**. Brasília: UnB, 2012.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/eav/article/viewFile/9458/11026> Acesso em: 19 mar. 2015.

SANTOS, J. S. dos. et. al. Consumo de produtos de origem animal por universitários em Santa Maria – RS. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 13-24, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.revistanutrire.org.br/files/v31n2/v31n2a02.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1,p. 29-42, jan./abr. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf> Acesso em: 15 jan. 2015.

SEBOLD, L. F.; RADÜNZ, V.; CARRARO, T. E. Percepções sobre cuidar de si, promoção de saúde e sobrepeso entre acadêmicos de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 536-541, jul./set. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a14v15n3.pdf> Acesso em: 20 fev. 2015.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr. 2004. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf> Acesso em: 26 nov. 2014.

SERVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul.-set. 1993. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/22.pdf> Acesso em: 04 jan. 2015.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 101-122, fev. 2003. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf> Acesso em: 12 jan. 2015.

SIEBIGER, R. H. O processo de Bolonha e os novos espaços transnacionais de Educação Superior Latino-Americanos: a universidade brasileira em movimento. **Cadernos PROLAM/USP**, v. 9, n. 2, jul.-dez. 2010. Disponível em: <http://www.usp.br/prolam/downloads/2010\_2\_7.pdf> Acesso em: 07 dez. 2014.

SILVA, D. A. S.; PETROSKI, E. L. Fatores associados ao nível de participação em atividades físicas em estudantes de uma universidade pública no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v, 16, n. 10, p. 4087-4094, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n10/a14v16n10.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013

SILVA, D. A. S. Nível de atividade física e fatores associados em acadêmicos de educação física de uma universidade pública do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, [S.I.], v. 16, n. 3, p. 193-198, jul./set. 2011. Disponível em: < http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/585/595> Acesso em: 15 nov. 2014.

SILVA, G. dos S. F. da. et. al. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. **Rev. Bra. Med. Esporte**, Niterói, v.13, n. 1, p. 39-42, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v13n1/09.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

SILVA JÚNIOR, J. dos R.; SQUISSARDI, V. A nova lei de educação superior: fortalecimento do setor público e regulação do privado/mercantil ou continuidade da privatização e mercantilização do público? **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, [S.I.], n. 29, p. 5-28, mai./ago. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a02> Acesso em: 12 fev. 2015.

SIMÃO, C. B.; NAHAS, M. V.; OLIVEIRA, E. S. A. de. Atividade física habitual, hábitos alimentares e prevalência de sobrepeso e obesidade em universitários da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, Lages. S.C. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 11, n. 1, p. 3-12, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/\_artigos/18.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

SIMÃO, M. et al. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p, 672-678, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt\_04.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

SOUSA, T. F. de. Atividades físicas praticadas no lazer por universitários de uma instituição pública do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fís. e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 125-131, abr. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1229/1023 > Acesso em: 22 nov. 2013.

TEIXEIRA, A. **Ensino Superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1646-1646, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/15.pdf> Acesso em: 21 dez. 2014.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. Á. D. (Org.). **Uma experiência inovadora no Ensino Superior**: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Salvador: Edufba, 2014.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Tradução Ricardo Demétrio de Souza Petersen. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 11, n. 22, p. 223-238, mai./ago. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf> Acesso em: 13 jan. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). **Universidade nova**: reestruturação da arquitetura curricular da educação superior no Brasil. Salvador, 2006. 34 p. Minuta de anteprojeto.

\_\_\_\_\_. **Universidade Nova:** Plano de Expansão e Reestruturação da Arquitetura

Curricular na Universidade Federal da Bahia. Documento Preliminar. Campinas,

Mimeo, 2007.

\_\_\_\_. Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares. Salvador; 2008. 87 p.

\_\_\_\_. **Memorial da Universidade Nova:** UFBA 2002 – 2010. Salvador: UFBA, 2010a. 308 p.

\_\_\_\_\_. Instituto de Humanidades, artes e Ciências. **Projeto Pedagógico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: UFBA; 2010b. 45 p.

\_\_\_\_\_. **UFBA em números 2014**: ano base 2013. Pró-Reitoria de Planejamento e Orçamento da Universidade Federal da Bahia. Salvador: UFBA; 2014. Disponível em: <http://www.proplan.ufba.br/numeros\_ufba-f.html> Acesso em: 13 de dezembro de 2014.

VENDRUSCOLO, C.; VERDI, M. Promoção da Saúde: representações sociais de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde. **Sal. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 108-115, [S.I.] 2011. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319571015> Acesso em: 02 mar. 2015.

VERAS, V. S. et al. Levantamento dos fatores de risco para doenças crônicas em universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 3, p. 168-172, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40820306.pdf> Acesso em: 07 fev. 2014.

VESPASIANO, B. de S.; DIAS, R.; CORREA, D. A. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 12, n. 32, p. 49-54, set.-dez. 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/saude/article/view/216/1001> Acesso em: 13 nov. 2014.

VILARINHO, R. M. F. et al. Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de diabetes mellitus tipo 2. **Esc. Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 452-456, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a09.pdf> Acesso em: 22 nov. 2013.

WALTRICK, C. R. **Concepções de saúde e promoção à saúde dos estudantes de medicina da UFSC**. 2001. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de santa Catarina, Florianópolis, 2001.

WESTPHAL, M. F. Promoção De Saúde: uma Nova Agenda para a Saúde. In: ROCHA, A. A.; CESAR, C. L. G.; RIBEIRO, H. (Org.). **Saúde Pública: bases conceituais**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Working Group on Health Promotion Avaluation. **Health promotion evaluation: recomendations to policy-makers**. Copenhage, 1998. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf?ua=1> Acesso em: 04 mar. 2015.

XAVIER, C. Mídia e saúde, saúde na mídia. In: SANTOS, A. (Org.). **Caderno mídia e saúde pública**. Belo Horizonte: FUNED, 2006.

ZANCHI, M. T.; ZUNGO, P. L. **Sociologia da Saúde**. 3ª ed. Caxias do Sul/RS: Educs, 2012**.**

##### 

# Apêndice

**APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLERECIDO**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **VIDA UNIVERSITÁRIA, ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**, cujo objetivo principal é Identificar os níveis de atividade física, além dos fatores associados a esta, nos estudantes do BI Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e analisar o conceito de promoção de saúde dos estudantes. A relevância desta pesquisa reside no fato de que existem poucas pesquisas que abordem esse tema entre os estudantes do campo da saúde.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder a um questionário que aprofunde o tema de investigação. Fui alertado de que não usufruirei de nenhum benefício direto, oriundo desta pesquisa, e de que também não correrei nenhum risco, desconforto ou prejuízo em decorrência da mesma. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

As pesquisadoras responsáveis pelo referido projeto é a Doutora Renata Meira Veras e a Doutora Maria Thereza Ávila Dantas Coelho vinculadas ao IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da UFBA, e com elas poderei manter contato através do telefone (71) 3283-6798. Estou ciente de que me é assegurada assistência durante toda a pesquisa, nas questões referentes à mesma, bem como me é garantido o livre aceso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber, antes, durante e depois da minha participação.  
Tendo sido orientado quanto ao teor aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando ciente totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2014

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do participante

**APÊNDICE B - Questionário**



 **VIDA UNIVERSITÁRIA, ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO DA**

**SAÚDE ENTRE ESTUDANTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

1. **IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrevistado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da Entrevista: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME: | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXO: | M | F | ENSINO MÉDIO: | | |  | ESCOLA PÚBLICA | |  | ESCOLA PRIVADA | |  | ESCOLA PÚBLICA E PRIVADA | |
| É COTISTA? | | | | | SIM | | NÃO | RECEBE ALGUMA ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL? | | | | SIM | | NÃO |
| CURSO: | | | | | | | SEMESTRE: | | | | | | | |
| **SOMANDO SUA RENDA COM A RENDA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM VOCÊ, QUANTO É A RENDA FAMILIAR MENSAL?** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS | | | | 4 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS | | | | | | | IGUAL OU MAIOR QUE 7 SALÁRIOS MÍNIMOS | | | |
| **QUAL O MEIO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA?** | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Ônibus ou Van ( ) Bicicleta ( ) Moto ( ) Outros | | | | | | | | | | | | | | |
| **ONDE E COM QUEM VIVE ATUALMENTE?** | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Em casa ou apartamento com família ( ) Em casa ou apartamento sozinho ( ) Em quarto ou cômodo alugado | | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) Em habitação coletiva: hotel, hospedaria, quartel, pensionato, república ( ) Outros | | | | | | | | | | | | | | |

**QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA –**

**VERSÃO CURTA – IPAQ**

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação às pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre-se que:

􀂾 atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal

􀂾 atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

\_\_\_\_\_dias por SEMANA ( ) Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: \_\_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias \_\_\_\_\_ por SEMANA ( ) Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: \_\_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

\_\_\_\_\_\_horas \_\_\_\_minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

\_\_\_\_\_\_horas \_\_\_\_minutos

5. Na sua opinião o que é Promoção de Saúde?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Segundo Almeida Filho (2003, p. 2) a universidade escolástica “era geradora e guardiã da doxa, ou doutrina, aquela modalidade de conhecimento que se define pelo completo respeito às fontes sagradas da autoridade. Seu modelo acadêmico baseava-se na transmissão do saber [...] mediante relações diretas mestre-aprendiz.” [↑](#footnote-ref-1)
2. “A versão original da universidade científico-tecnológica (denominada de *research university* pelos norte-americanos) baseava-se na produção volumosa de recursos humanos e deresultados de pesquisa que eram submetidos a sistemas extremamente competitivos decontrole de qualidade. Este modelo de universidade trata o conhecimento científico como um subproduto do processo de produção da informação” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 2) [↑](#footnote-ref-2)
3. Porém, alguns pesquisadores discordam deste momento histórico. Para Colossi, Consentino e Queiroz (2001), a primeira Universidade foi criada em terras brasileiras só no ano de 1909, que foi a Universidade de Manaus. Já para Mendonça (2000), a primeira universidade surge no Brasil apenas no ano de 1920: a Universidade do Rio de Janeiro. [↑](#footnote-ref-3)
4. Em 1999, os ministros de educação dos países membros da educação da União Europeia assinaram um grande tratado internacional, conhecido como a Declaração de Bolonha, em que se comprometeram a implantar, até 2010, compatibilidade plena entre os seus sistemas universitários. Esse acordo marcou o lançamento do chamado Processo de Bolonha, que tem desencadeado uma gigantesca e complexa reforma universitária em todos os países signatários e aderentes (já totalizando 46 nações), no sentido de adotar princípios e critérios comuns e compartilhados de creditação, avaliação, estruturas curriculares e mobilidade estudantil na esfera da educação superior (SANTOS; ALMEIDA FILHO, p. 127, 2008). [↑](#footnote-ref-4)
5. Em 1910, a Fundação Carnegie convidou o educador Abraham Flexner, diretor de uma escola secundária de Kentucky, para realizar um estudo sobre a situação das escolas médicas americanas e canadenses. O documento elaborado, após esse estudo, conhecido como “Relatório Flexner”, reforça a luta pelo ideário científico da medicina. Um novo paradigma médico surge desse episódio: a Medicina Científica, ou Flexneriana, passa a nortear a formação dos futuros médicos e se insinua na reconstituição do próprio processo de trabalho médico. [↑](#footnote-ref-5)
6. Recomenda-se a leitura dos Referenciais orientadores para os Bacharelados Interdisciplinares e Similares para maiores informações sobre a especificidade de cada eixo, não cabendo, por opção dos autores, a este estudo, o delineamento de cada um separadamente. Disponível em: < http://reuni.mec.gov.br/images/stories/pdf/novo%20%20bacharelados%20interdisciplinares%20-%20referenciais%20orientadores%20%20novembro\_2010%20brasilia.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. Cursos tradicionalmente oferecidos no Ensino Superior, podendo ser Licenciaturas, Bacharelado ou de formação profissional. [↑](#footnote-ref-7)
8. Recomenda-se a leitura de BOURDIEU, P. O campo científico. *In*: ORTIZ, R. (Org.) **Pierre Bourdieu: sociologia.** São Paulo: Ática, 1983b. p.122-155. [↑](#footnote-ref-8)
9. Esse tem será discutido com mais propriedade no próximo capitulo. [↑](#footnote-ref-9)
10. Para Bourdieu (1983, p. 89-90): “Um campo, e também o campo científico, se, define entre outras coisas através da definição dos objetos de disputas e dos interesses específicos que são irredutíveis aos objetos de disputas e aos interesses próprios de outros campos (não se poderia motivar um filósofo com questões próprias dos geógrafos) e que não são percebidos por quem não foi formado para entrar neste campo (cada categoria de interesses implica na indiferença em relação a outros interesses, a outros investimentos, destinados assim a serem percebidos como absurdos, insensatos, ou nobres, desinteressados). Para que um campo funcione, é preciso que haja objetos de disputas e pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem no conhecimento e no reconhecimento das leis imanentes do jogo, dos objetos de disputas, etc.” [↑](#footnote-ref-10)
11. É uma coleção de cerca de 60 textos de medicina da Antiguidade grega atribuídos a Hipócrates e semelhantes aos seus ensinamentos. [↑](#footnote-ref-11)
12. Uma das mais antigas redes de esgotos do mundo. Foi construída na antiga Roma nos finais do século VI a.C. [↑](#footnote-ref-12)
13. Para melhor compreensão sobre o assunto indica-se a leitura de FOCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*:\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. [↑](#footnote-ref-13)
14. Para melhor entender sobre vulnerabilidade e ricos à saúde indica-se a leitura de: AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139. [↑](#footnote-ref-14)
15. Foram utilizados os dados do ano de 2012, uma vez que os atuais não estavam acessíveis no momento de conclusão deste estudo. [↑](#footnote-ref-15)
16. Necessita-se chamar a atenção que os autores citados utilizaram para a análise do nível de atividade física a classificação do Instituto de Medicina de Washington (DC-USA), que descreve a razão do gasto energético total, dividido pela taxa de metabolismo basal por 24 horas (MARCONDELLI; COSTA; SCHIMITZ, 2008), diferentemente da nossa pesquisa. [↑](#footnote-ref-16)