



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

LUCIANA DE OLIVEIRA ALVES

CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E AUTOPERCEPÇÃO RELACIONADAS
À SAÚDE E À DOENÇA DE ESTUDANTES DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA

Salvador
2017

LUCIANA DE OLIVEIRA ALVES

**CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E AUTOPERCEPÇÃO RELACIONADAS
À SAÚDE E À DOENÇA DE ESTUDANTES DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFBA**

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 – Prof^ª. Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Co-orientador – Prof. Dr. Marcelo Nunes Dourado Rocha

Salvador
2017

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola Estadual de Saúde Pública

A474c Alves, Luciana de Oliveira.

Concepções, práticas e autopercepção relacionadas à saúde e à doença de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA / Luciana de Oliveira Alves. -- Salvador: L.O.Alves, 2017.

132f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho.
Co-orientador: Prof. Dr. Marcelo Nunes Dourado Rocha

Dissertação (mestrado) – Instituto de Humanidades Artes e Ciências Prof. Milton Santos. Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde. 2. Doença. 3. Estudantes. 4. Universidades. I. Título.

CDU 614:378

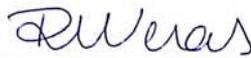
LUCIANA DE OLIVEIRA ALVES

**CONCEPÇÕES, PRÁTICAS E AUTOPERCEPÇÃO RELACIONADAS À SAÚDE E À
DOENÇA DE ESTUDANTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM
SAÚDE DA UFBA**

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

Aprovada em 26 de maio de 2017.

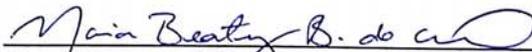
Banca examinadora



Prof. Dra. Renata Meira Vêras



Prof. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté



Prof. Dra. Maria Beatriz Barreto do Carmo

A Cristiano, companheiro e incentivador.
Meu príncipe Bernardo, pela compreensão das ausências.

AGRADECIMENTOS

Para aqueles que tornaram essa caminhada significativa...

Aos meus orientadores, Dr^a. Maria Thereza Coelho e Dr. Marcelo Dourado, sou muito grata a vocês. Foram muitos e preciosos os aprendizados. À professora Thereza, pela acolhida, paciência e ensinamentos. Ao professor Marcelo, pelas importantes contribuições ao longo das nossas conversas.

A Deus, pela força nos momentos difíceis e conturbados.

Aos colegas do grupo de pesquisa SAVIS, pelo apoio na coleta e compilação dos dados.

Aos colegas do EISU que me acompanharam neste percurso, José Antônio e Daniele. Força, foco e fé sempre.

Às meninas do IHAC, Jamile e Libne, pela presteza e carinho.

À secretária do PPGEISU, Pérola Dourado, pela solidariedade e dedicação.

Aos colegas da EESP, Rafael Veloso, Rafael Silva, Anne Carol e Creuzinha, pela ajuda técnica, presteza e solidariedade.

Ao professor Carlos Lima, pelo auxílio no desvendar dos softwares durante análise dos dados quantitativos.

Muitos foram os anjos que encontrei e que tive a grande alegria em conhecê-los: Carlos Porcino, Angélica Godinho, Magda Oliveira e Fernanda Maciel. Muito obrigada!!

Sou cercada por gente do bem: Laíse Rezende, Décio Plácido, Milena Franco, Suiane Costa, Izabelle Câmara e Débora Moura. Pessoas muito especiais que me acrescentaram, me ampararam, me “puxaram”. Pessoas cheias de amor e ternura, a quem posso chamar de AMIGOS.

“As coisas mudam no devagar depressa dos tempos... Quando nada acontece há um milagre acontecendo que não estamos vendo... A vida é assim... O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz... A vida inventa! A gente principia as coisas... O mais importante não é chegar nem o partir, mas sim a travessia...”

Guimarães Rosa (2006, p. 318)¹

¹ROSA, J.G. Grande Sertão Veredas, 2006.

ALVES, Luciana de Oliveira. Concepções, práticas e autopercepção relacionadas à saúde e à doença de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. 132 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

Esta é uma pesquisa quanti-qualitativa que objetivou investigar as concepções e práticas de saúde e doença entre alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); descrever e analisar a autopercepção dos estudantes quanto ao seu estado de saúde e/ou doença; e identificar e compreender quais práticas de saúde são utilizadas por eles na recuperação, manutenção e cuidado à saúde. Participaram 211 estudantes, sendo 135 mulheres e 76 homens, com idade média de 23 anos. A análise dos dados se deu a partir da análise categorial proposta por Bardin (2010) e possibilitou identificar, através das respostas dos estudantes, suas ideias, concepções e práticas quanto à saúde-doença-cuidado. Os estudantes apresentaram uma concepção predominantemente biopsicossocial da saúde e outra majoritariamente biomédica da doença, tanto entre as mulheres quanto entre os homens. A percepção positiva da própria saúde foi mais evidente entre os participantes deste estudo, sendo a negativa proporcionalmente maior entre os indivíduos do sexo feminino, de cor de pele/etnia autodeclarada como negra ou parda, a maioria oriunda de escola privada com bolsa. Os estudantes citaram práticas que tanto beneficiam quanto prejudicam sua saúde, o que reforça o papel das universidades como ambientes sociais com o potencial de promover, através de suas políticas e práticas, o bem-estar e a saúde de estudantes, funcionários e comunidade como um todo. Assinala-se a necessidade de outras pesquisas com outras graduações de saúde e de outras áreas, de modo a ter uma visão mais ampliada desses aspectos em toda a universidade.

Palavras-chave: Saúde; Doença; Estudantes; Universidades.

ALVES, Luciana de Oliveira. Conceptions, practices and self-perception related to health and illness of students of the Interdisciplinary Bachelor of Health of UFBA. 132 f. il. 2017. Dissertation (Master Degree) – Post-graduation Program in Interdisciplinary Studies about the University, Institute of Humanities, Arts and Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

This is a quantitative-qualitative research that aimed to investigate the conceptions and practices of health and illness among students of the Interdisciplinary Bachelor of Health (BIS) of the Humanity, Art and Sciences Institute Professor Milton Santos (IHAC) of the Federal University of Bahia; to describe and analyze the students' self-perception of their state of health and/or illness; and to identify and comprehend which health practices are used by them in recovery, maintenance and health care. A number of 211 students have participated, 135 women and 76 men, whose average age was 23 years old. The data analysis was based on the categorical analysis proposed by Bardin (2010) and made it possible to identify, through the students' responses, their ideas, conceptions and practices regarding health-disease-care. The students had a predominantly biopsychosocial conception of health and a predominantly biomedical conception of illness, both among women and among men. The positive perception of one's own health was more evident among the participants in this study, with the proportionally higher negative among female, skin-colored/self-reported ethnic groups such as black or brown, the majority coming from a private school with a scholarship. Students cited practices that both benefit and undermine their health, reinforcing the role of universities as social environments with the potential to promote, through their policies and practices, the well-being and health of students, staff and the community as a whole. There is a need for further research with other health graduations and other areas, in order to have a broader view of these aspects throughout the university.

Key-words: Health; Illness; Students; Universities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Nuvem de palavras com as evocações relacionadas à saúde (Artigo 2).....	51
Figura 2 Nuvem de palavras com as evocações relacionadas à doença (Artigo 2).....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Concepções de saúde e doença, por categoria, entre as estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 1)	26
Tabela 1	Práticas de promoção da saúde segundo os estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3)	71
Tabela 2	Concepções de saúde e doença, por categoria, entre os estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 1)	26
Tabela 2	Práticas de prevenção de doença segundo os estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3)	72
Tabela 3	Concepções de saúde e doença, por categoria, entre os estudantes, em geral, do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 1)	27
Tabela 3	Frequência de atividade física entre os estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3)	75
Tabela 4	Hábitos alimentares dos estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3).....	77
Tabela 5	Consumo alimentar por estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3)	79
Tabela 6	Práticas de saúde biomédicas dos estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3).....	88
Tabela 7	Outras práticas de saúde dos estudantes do BIS/UFBA, 2014 (Artigo 3)	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANDIFES- Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior

BI- Bacharelado Interdisciplinar

BIS- Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

CIET- Coordenação de Integração da Educação e do Trabalho na Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

DCN- Diretrizes Curriculares Nacionais

EESP- Escola Estadual de Saúde Pública

ES- Estabelecimento de Saúde

EV- Estilo de Vida

HIV-Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES- Instituição de Ensino Superior

IHAC- Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos

LDB- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

OMS- Organização Mundial da Saúde

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

PPGEISU- Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade

PRB- Population Reference Bureau

REUNI- Programa do Governo Federal de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras

RPG- Reposicionamento Postural Global

RU- Restaurante Universitário

SESAB- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Sisu- Sistema de Seleção Unificada

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA- Universidade Federal da Bahia

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTRODUÇÃO.....	15
2	RESULTADOS.....	19
2.1	ARTIGO 1- Saúde e doença: concepções de estudantes de um curso superior em saúde	19
2.2	ARTIGO 2- A própria saúde percebida por estudantes universitários e os fatores associados	41
2.3	ARTIGO 3- Práticas de saúde de estudantes: a universidade como espaço de promoção da saúde?	66
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICES.....	123
	APÊNDICE A- <i>Print</i> do Questionário da Pesquisa	124
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	127
	ANEXOS.....	128
	ANEXO A- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA/Plataforma Brasil.....	129
	ANEXO B- <i>Print</i> do comprovante de submissão do Artigo 2-FAEEBA.....	132

APRESENTAÇÃO

“Olho para a Educação com olhos de cozinheira e me pergunto: Que comidas se Preparam com os corpos e mentes... nesse caldeirão chamado Escola? Porque educação é isso: um processo de transformações alquímicas que acontece pela magia da palavra. Que prato se pretende servir? Que sabor está sendo preparado? Para que se educa? É isso que aprendi com as cozinheiras: que é preciso pensar a partir do fim. Os saberes são coisas boas. Os saberes devem nos dar razão para viver”. (Rubem Alves, 1996, p.D2)

Partindo de tais reflexões, o meu interesse em discutir acerca da formação em saúde partiu do momento em que me inseri, em 2012, na Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), na Coordenação de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (CIET). Essa Coordenação atua no desenvolvimento de estratégias voltadas às ações de qualificação e reordenação da formação dos futuros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), através da parceria com gestores públicos, Instituições de Ensino Superior (IES) e Estabelecimentos de Saúde (ES) do Estado, inserindo os estudantes em ambientes de trabalho no SUS. A vivência deles nesses espaços é instrumento de incentivo à reorientação da formação dos profissionais para o SUS, visto que essa inserção possibilita o desenvolvimento de atitudes, comportamentos e, sobretudo, análise crítico-reflexiva da relação teoria-prática, além da interdisciplinaridade, intersetorialidade, mudanças nas práticas e, conseqüentemente, transformações na área da saúde.

Ao ter a oportunidade de conhecer a proposta do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), pude perceber que este curso apresenta, no seu Projeto Político Pedagógico, a preocupação em provocar mudanças na educação superior em saúde, no sentido de formar um novo perfil de profissionais, estimulando o desenvolvimento de competências e habilidades a partir de princípios, valores, métodos e práticas, tornando-os autônomos no seu processo de aprendizagem. Daí surgiu o meu interesse em aprofundar meus estudos sobre a temática do Ensino Superior e a formação de novos perfis de profissionais de saúde. A opção pelo mestrado acadêmico em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), ocorreu por este Programa

dar ênfase a uma formação voltada à sociedade, através do pensar ações e da produção de conhecimento numa perspectiva interdisciplinar.

1 INTRODUÇÃO

Muitas conquistas foram alcançadas no campo da saúde ao longo dos anos. Desde a década de 1970, mudanças na organização do sistema de saúde do Brasil vêm sendo propostas através do movimento de Reforma Sanitária. A partir de então, estratégias vêm sendo lançadas com o intuito de reorientar o modelo de atenção, investindo na integralidade do cuidado à saúde (COELHO; TEIXEIRA; 2016).

Apesar de muitos avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda representa um grande desafio nos dias de hoje, pois tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de saúde, distanciando-se do cuidado integral. A manutenção de um formato centrado em conteúdos, pedagogia de transmissão, desvinculação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, baixa oferta de disciplinas optativas, modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença e nos procedimentos) vem contribuindo com a fragmentação dos saberes e fazeres e, conseqüentemente, dificultando as práticas interdisciplinares (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Além disso, tal realidade tem se configurado como uma grande tensão entre o modelo de saúde idealizado e o que de fato é real. A especialização do cuidado à saúde, uma formação desvinculada das reais necessidades de saúde da população e do sistema, mas focada na tecnologia e orientada para atender ao mercado, a falta de sensibilidade, de humanização e de valorização dos aspectos culturais daqueles que buscam o atendimento são fatores que têm interferido no acesso dos usuários ao sistema de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Considerando a complexidade que envolve o processo saúde-doença, se faz necessária uma transformação nos conteúdos curriculares de forma a ponderar os diversos fatores que envolvem o adoecer humano, tais como aqueles psíquicos, afetivos, históricos e culturais, como também estimular o pensamento crítico a partir da realidade vivenciada, levando os estudantes, futuros profissionais da saúde, à proposição de estratégias que venham a intervir em tal cenário (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007). Por conta disso, as reformas curriculares foram estimuladas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), fomentando-se, assim, currículos inovadores norteados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 1996). Tal movimento de mudança também atingiu a Universidade

Federal da Bahia (UFBA), levando-a a introduzir mudanças na arquitetura acadêmica, elaborando e implantando os cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI) nas áreas de Artes, Humanidades, Ciência e Tecnologia, e Saúde (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013). O BI, iniciado no contexto da Reforma Universitária de 2008, representa uma proposta inovadora de arquitetura curricular modular e progressiva, sob regime de ciclos de formação, que

se caracteriza por agregar uma formação geral humanística, científica e artística ao aprofundamento num dado campo do saber, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para aprendizagem ao longo da vida. (UFBA, 2008, p.12).

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) surgiu no âmbito de implantação do projeto Universidade Nova, vinculado ao Programa de Apoio aos Planos de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), como um curso que possibilita ao estudante “sensibilização para questões cruciais do mundo atual, como a luta pelos direitos humanos, a preservação do meio ambiente, a defesa dos princípios democráticos e a valorização da diversidade cultural que caracteriza a sociedade brasileira e baiana” (TEIXEIRA; COELHO, 2014, p. 64). Diante desse contexto, urge a necessidade de discutir e desenvolver, no ambiente acadêmico, habilidades que permitam a compreensão da complexidade dos conceitos de saúde, doença e cuidado, ponderando a diversidade de valores e de saberes dos indivíduos, assim como uma formação mais ampla em saúde, acessível às discussões de temáticas e conteúdos que abarquem a heterogeneidade dos atores e as diversas práticas de conhecimento (SILVA, 2016).

Destarte, identificar as concepções e práticas de saúde e doença entre alunos ingressantes no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), poderá contribuir na compreensão dos desafios que se apresentam a este modelo de educação superior (TEIXEIRA; COELHO, 2014). Nessa perspectiva, define-se como objeto desta pesquisa as concepções e práticas dos estudantes do BIS acerca da saúde e da doença, norteado pela seguinte questão: quais as concepções de saúde e doença dos estudantes ingressos no BIS e quais ações norteiam suas práticas de saúde?

Para tanto, este estudo apresenta como objetivos: investigar as concepções e práticas de saúde e doença entre alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); descrever e analisar a autopercepção dos estudantes quanto ao seu estado de saúde e/ou doença; e identificar e compreender quais práticas de saúde são utilizadas por eles na recuperação, manutenção e cuidado à saúde.

No que se refere aos aspectos metodológicos adotados, trata-se de uma pesquisa de natureza quanti-qualitativa, cujos dados foram coletados através de um questionário contendo questões abertas e fechadas (APÊNDICE A) e analisados a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010). Foram cumpridas as exigências éticas definidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o nº 741.183 (Anexo A). Toda(o)s a(o)s participantes da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, ficando uma com cada participante e a outra com o pesquisador, que a manterá em segurança por cinco anos. Obedecendo às recomendações do CNS, o TCLE continha dados de identificação dos responsáveis pela pesquisa, linguagem clara, objetivos, justificativa, local onde a pesquisa seria realizada, possíveis riscos e previsíveis benefícios, garantia quanto à privacidade e anonimato.

Com o intuito de contemplar os objetivos descritos, esta dissertação foi estruturada sob o formato de coleção de artigos, seguindo as recomendações dispostas na Resolução nº 003/2011, do PPGEISU (UFBA, 2011). Portanto, como produtos desta pesquisa, foram elaborados três artigos, dentre os quais o que foi submetido a periódico segue as recomendações específicas da revista.

O primeiro artigo evidenciou as concepções de saúde e doença dos estudantes do BIS, a partir de três categorias que emergiram à luz da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), consoantes ao objetivo do estudo.

O segundo artigo, submetido à Revista da Faeeba – Educação e Contemporaneidade (Anexo B), buscou identificar e compreender como

universitários do BIS, da UFBA, avaliam a sua condição de saúde. Para a análise dos dados sociodemográficos, utilizou-se o *software* de análise estatística *Epi Info*[®]. Foram analisadas as evocações associadas livremente aos termos saúde e doença através do *software Iramuteq*[®], através do qual foram produzidas nuvens de palavras. Para garantir riqueza e rigor ao estudo, optou-se pela triangulação metodológica.

O terceiro artigo identificou as práticas ligadas à saúde entre estudantes ingressantes no Bacharelado Interdisciplinar de Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de modo a colaborar para iniciativas de promoção da saúde e bem-estar na universidade. Para a identificação das práticas, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas. Os dados coletados foram processados através dos softwares Excel e IBM SPSS e analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. Para a comparação das frequências das respostas entre os sexos foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson.

2 RESULTADOS

2.1 ARTIGO 1

SAÚDE E DOENÇA: CONCEPÇÕES DE ESTUDANTES DE UM CURSO SUPERIOR EM SAÚDE

HEALTH AND DISEASE: CONCEPTIONS OF UNIVERSITY STUDENTS FROM A COURSE IN HEALTH

SALUD Y ENFERMEDAD: CONCEPCIONES DE ESTUDIANTES DE UN CURSO SUPERIOR EN SALUD

RESUMO

Objetivo: Conhecer as concepções de saúde e doença de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, quanti-qualitativo. A produção de dados ocorreu por questionário aplicado a 212 estudantes. Para a análise dos resultados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin.

Resultados e Discussão: As concepções de saúde foram mais amplas, multidimensionais, considerando diversos determinantes da saúde. As de doença foram mais reducionistas, valorizando aspectos orgânicos, sinais e sintomas, reproduzindo uma visão biologicista. É necessária maior discussão sobre o conceito de doença, pois o processo saúde-doença demanda uma abordagem que inclua não só elementos biológicos, mas também psicológicos, socioantropológicos e políticos.

Considerações Finais: A compreensão das concepções de saúde e doença é imprescindível para o direcionamento da formação em saúde, pois elas poderão influenciar as práticas de cuidado de futuros profissionais.

Palavras-chave: Saúde, Doença, Educação Superior.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las concepciones de salud y enfermedad de los estudiantes de bachillerato interdisciplinario en salud (UFBA). **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo, quanti-cualitativo. Producción de datos se produjo por cuestionario aplicado a 212 estudiantes. El análisis de los resultados ocurrió mediante el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Los conceptos de salud eran más amplio, multidimensional. Las concepciones de enfermedad fueron más reduccionistas, valorando los aspectos orgânicos, signos y síntomas, jugando una visión biologicista. Hay una necesidad de una mayor discusión sobre el concepto de enfermedad, ya que el proceso salud-enfermedad exige un enfoque que incluye no sólo elementos biológicos, sino también los psicológicos, socioantropológicos y políticos. **Reflexiones finales:** Comprender las concepciones de salud y enfermedad es esencial para la dirección de la formación en salud, porque pueden influir en las prácticas de cuidado de futuros profesionales.

Palabras clave: Salud, Enfermedad, Educación Superior.

ABSTRACT

Objective: To know the conceptions of health and illness of students of the Interdisciplinary Bachelor's degree in Health from Federal University of Bahia. **Methodology:** This is a descriptive, quanti-qualitative study. Data production occurred by questionnaire applied to 212 students. To analyze the results was used the Bardin content analysis. **Results and Discussion:** The conceptions of health were broader and more multidimensional, taking into account various determinants of health. The disease conception was more reductionist, rising organic aspects, signs and symptoms, reproducing a biological view. It requires further discussion of the concept of disease, because the health-disease process demands an approach that includes not only the biological elements, but also psychological, socio-anthropological and political aspects. **Final Considerations:** Understanding the conceptions of health and disease is essential for directing the university education in health, because they may influence future professional care practices.

Keywords: Health, Disease, Higher Education.

INTRODUÇÃO

A saúde e a doença vêm recebendo, ao longo da história, diferentes significados, em decorrência dos seus diversos aspectos, como os econômicos, culturais, políticos, biológicos e psicossociais, além de valores e crenças vigentes nos grupos sociais (IRIART, 2003; OGATA; PEDRINO, 2004). As concepções acerca da saúde e doença têm sua origem mais remota no pensamento mágico dos povos antigos, que associavam a doença a uma 'entidade' que se apossava do indivíduo, sendo a cura promovida por rituais socialmente aceitos. Na Antiguidade Clássica, com base na observação e no raciocínio dedutivo, essa visão foi questionada pela Medicina Hipocrática, que passou a compreender a saúde como um estado qualitativo de equilíbrio com a natureza (BATISTELLA, 2007; SABROZA, 2006).

A Idade Média foi marcada pelas pestilências, pelo despreparo para enfrentar a doença e, sobretudo, pelas práticas religiosas de salvação das almas doentes, ainda que fossem mantidos os princípios hipocráticos enquanto fundamento de outras práticas de cura. Por influência do Cristianismo, a doença era vista como purificação e as epidemias, o castigo divino. Nesse período da História, surgiram os primeiros hospitais, hospícios ou asilos, utilizados para dar mais conforto espiritual e, por essa via, cuidar dos doentes (SOUZA; OLIVEIRA, 1997).

A partir do Renascimento o corpo passou a ser alvo de estudos e, no século XVIII, a doença passou a ser compreendida a partir de sinais e sintomas. Em fins desse século e ao longo do século XIX, com a Revolução Francesa e a consolidação do sistema industrial, o corpo passou a ser objeto de políticas, práticas e normas, e as doenças foram relacionadas às condições de vida e trabalho, favorecendo o desenvolvimento de uma concepção baseada na determinação social (BATISTELLA, 2007).

Para Foucault (2002), a socialização da medicina surgiu com o capitalismo, quando o corpo passou a ser força de produção e trabalho. A estratégia biopolítica da medicina para o controle do corpo fortaleceu-se na segunda metade do século XIX, com a formação da medicina social na Inglaterra. Nela, o corpo das classes mais pobres passou a ser medicalizado, com o fim de torná-lo mais apto ao trabalho e beneficiar as classes mais ricas.

Em paralelo, o desenvolvimento de disciplinas como anatomia, fisiologia e bacteriologia contribuiu com a formação de um novo conceito de saúde, o biomédico, de influência cartesiana, que buscou a explicação da doença através da fragmentação do objeto de conhecimento – o corpo humano. O modelo biomédico tem sido criticado pela sua centralidade na doença, por sua ênfase excessiva nos medicamentos, exames para a produção de diagnósticos e prática curativa, excluindo a dinâmica social e subjetiva do processo saúde-doença (CAMARGO JÚNIOR, 2007; DALMOLIN et al., 2011).

Em meados do século XX, a Organização Mundial da Saúde (1948) propôs que a saúde fosse vista como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, considerando também os aspectos sociais e psíquicos, buscando superar a concepção de saúde como mera ausência de doença. Tal conceito foi criticado por seu caráter utópico, estático e subjetivo, visto que reforça a ideia de um completo estado de bem-estar (FERRETI; NIEROTKA; SILVA, 2011). Apesar dessas críticas, ele apontou na direção da concepção de promoção da saúde, enfatizando fatores que asseguram a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social.

Foi entre as décadas de 1950-70 que surgiu o modelo explicativo multicausal de Leavell e Clark, que privilegiou o conhecimento da história natural da doença, sendo a saúde explicada pela tríade ecológica ‘agente, hospedeiro e meio ambiente’. Tal modelo considerou a promoção da saúde de forma reduzida, como uma primeira etapa da prevenção da doença, ao tempo em que inspirou o desenvolvimento da perspectiva da promoção da saúde para o planejamento de ações nos diversos níveis de atenção, complexidade e organização dos sistemas de saúde (BATISTELLA, 2007; PUTTINI; PEREIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Para Rouquayrol e Goldbaum (2003), apesar desse modelo reconhecer as múltiplas determinações da saúde e da doença, ele tem forte influência do modelo biomédico, relegando os determinantes sociais a segundo plano. A crítica ao modelo da história natural da doença, a partir da década de 60, contribuiu para o surgimento do modelo da determinação social da saúde/doença, de Dalgreen e Whitehead, que passou a considerar os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária, não só controlando o avanço das doenças, mas visando também a promoção da saúde (BATISTELLA, 2007).

A promoção da saúde vem representando um novo caminho complementar e de redução das práticas curativas e assistenciais. O Relatório Lalonde, elaborado no Canadá, em 1974, contemplou, como componentes do campo da saúde, além da biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização dos serviços de saúde. Seus princípios influenciaram as políticas sanitárias em países como Inglaterra e Estados Unidos (HEIDMANN et al., 2006).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde reafirmou o conceito ampliado de saúde, vinculando saúde e doença aos determinantes sociais (TORRES; CARVALHO; MARTINS, 2011). A partir de então, os cuidados com a saúde passaram a ir além do atendimento à doença, estendendo-se à prevenção e à melhoria das condições de vida, levando ao desenvolvimento de saberes, práticas e sistemas de atenção à saúde condizentes com a cultura de cada grupo (LANGDOM; WIJK, 2010).

Diante de múltiplas concepções sobre saúde e doença, há a necessidade da formação de trabalhadores em saúde em sintonia com as demandas de saúde da população e críticos diante do conhecimento aplicado no cuidado em saúde, conforme aponta Almeida Filho (ALMEIDA FILHO, 2011, 2014). É na realidade dos serviços que eles usam suas concepções sobre a saúde, assumindo papel essencial para a mudança de práticas em prol de um novo pensar e fazer a saúde (BREHMER; RAMOS, 2016). A compreensão dessas concepções pode exercer influência significativa na produção de conhecimento, formação e prática dos futuros profissionais de saúde, tornando-os mais humanistas e socialmente comprometidos (ALMEIDA FILHO, 2011), cabendo às universidades enfrentarem o desafio da renovação do campo da saúde através de discussões que ultrapassem as fronteiras disciplinares, considerando as diversas dimensões individuais, socioeconômicas, políticas e culturais que norteiam o complexo saúde-doença-cuidado.

Com o intuito de colaborar para a superação das deformações oriundas do foco reducionista na doença e na especialização precoce, desvinculado do contexto sociocultural da saúde, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), da Universidade Federal da Bahia (UFBA), surge como curso não profissionalizante, como primeiro ciclo do processo de formação superior para parte do alunado que opta por tal trajetória acadêmica. Adotando modelos pedagógicos ativos e abertos, desenvolve ações acadêmicas de bases humanística, artística e científica, estimula

a capacidade de reflexão crítica e ética dos discentes e promove uma formação acadêmica capaz de enfrentar a complexidade da sociedade contemporânea, notadamente no que diz respeito aos determinantes do processo saúde-doença e aos níveis de organização das práticas de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011; TEIXEIRA, COELHO, ROCHA, 2013).

Por conta dessa complexidade, torna-se relevante a discussão sobre as concepções e práticas ligadas à saúde e à doença na educação superior. Para tanto, o BIS promove, desde o ingresso do estudante no curso, um debate ampliado desse tema nas perspectivas epistemológica, biológica, psicológica e das ciências sociais. A fim de identificar os aspectos que necessitam de maior reflexão, o presente estudo teve como objetivo conhecer as concepções de saúde e doença dos estudantes no momento de ingresso no BIS da UFBA.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quanti-quantitativa, com estudantes do BIS da UFBA. Do total de 245 ingressos no curso, em 2014, participaram 212 estudantes que atendiam aos critérios de inclusão: ter ingressado no curso em 2014, estar matriculado no primeiro semestre e com idade igual ou superior a 18 anos. Utilizou-se, para a produção dos dados, um questionário constituído de questões abertas e de múltipla escolha, organizadas em blocos, contemplando: a) dados sociodemográficos; b) concepções de saúde e de doença; c) práticas de saúde e doença; d) autopercepção dos indivíduos acerca do estar saudável ou doente. Os questionários foram aplicados em sala de aula, nos turnos diurno e noturno, e respondidos de forma individual, anônima e orientada. Para este artigo, foram analisadas duas questões abertas do bloco referente às concepções de saúde e doença: 'O que é saúde?' e 'O que é doença?'

As respostas dos questionários foram digitadas no programa *Microsoft Word*[®] (2013) e organizadas em três categorias analíticas, que emergiram à luz da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), consoantes ao objetivo do estudo. Primeiramente foram feitas várias leituras das respostas para apropriação do *corpus*. Em seguida foram identificadas as concepções de saúde e doença, agrupando-as por similaridade, considerando o total de alunos e a distribuição destas concepções

por sexo. Por fim, tais concepções foram interpretadas à luz da revisão de literatura sobre o tema.

A primeira categoria, intitulada '**Perspectiva biopsicossocial**', reúne as respostas que compreendem a saúde como processo biopsicossocial, vinculado aos aspectos biológicos, psicológicos e aos determinantes sociais. A segunda, nomeada '**Perspectiva psicológica/individual**', congrega as respostas que compreendem a saúde pela via do equilíbrio psicológico, bem-estar, disposição e responsabilização do indivíduo pela sua condição. A terceira categoria, intitulada '**Perspectiva biomédica**', reúne as respostas que concebem a saúde e a doença através da sua dimensão biológica, como ausência ou presença de doença diagnosticada através de exames e médicos.

O estudo obedeceu aos padrões éticos estabelecidos pelas Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, através da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e foi aprovado em 06/08/2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob parecer de número 741.183. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes deste estudo foi de estudantes mulheres, consoante os resultados encontrados por Cardoso (2015) em pesquisa com alunos do mesmo curso. A média de idade dos estudantes foi de 23 anos, igual à das universidades federais brasileiras (ANDIFES, 2011). As concepções de saúde e doença encontradas em nosso estudo estão apresentadas nas três tabelas a seguir, agrupadas através das categorias já mencionadas. Nas Tabelas 1 e 2, os percentuais encontrados entre as mulheres e os homens foram calculados com base, respectivamente, no total de mulheres e de homens. Embora o *corpus* deste estudo seja formado por 212 questionários respondidos, para a confecção dessas tabelas foram consideradas as respostas de 211 estudantes, visto que um(a) estudante não declarou seu sexo. Na Tabela 3, por fim, os percentuais foram calculados com base no total de estudantes.

Tabela 1 - Concepções de saúde e doença, por categoria, entre as estudantes do BIS/UFBA, 2014.

CATEGORIAS / CONCEPÇÕES	SAÚDE		DOENÇA	
	N	%	N	%
Biopsicossocial - saúde e doença ligadas a aspectos biológicos, psicológicos e sociais	70	51,9	11	8,2
Psicológica / individual - saúde e doença ligadas a sentimentos e comportamentos	32	23,7	33	24,4
Biomédica - saúde e doença ligadas ao funcionamento biológico do corpo	32	23,7	86	63,7
Não responderam	1	0,7	5	3,7
TOTAL	135	100	135	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 - Concepções de saúde e doença, por categoria, entre os estudantes do BIS/UFBA, 2014.

CATEGORIAS / CONCEPÇÕES	SAÚDE		DOENÇA	
	N	%	N	%
Biopsicossocial - saúde e doença ligadas a aspectos biológicos, psicológicos e sociais	31	40,8	8	10,5
Psicológica / individual - saúde e doença ligadas a sentimentos e comportamentos	25	32,9	17	22,4
Biomédica - saúde e doença ligadas ao funcionamento biológico do corpo	18	23,7	50	65,8
Não responderam	2	2,6	1	1,3
TOTAL	76	100	76	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3 - Concepções de saúde e doença, por categoria, entre os estudantes em geral do BIS/UFBA, 2014.

CATEGORIAS / CONCEPÇÕES	SAÚDE		DOENÇA	
	N	%	N	%
Biopsicossocial - saúde e doença ligadas a aspectos biológicos, psicológicos e sociais	101	47,9	19	9
Psicológica / individual - saúde e doença ligadas a sentimentos e comportamentos	57	27	50	23,7
Biomédica - saúde e doença ligadas ao funcionamento biológico do corpo	50	23,7	136	64,4
Não responderam	3	1,4	6	2,8
TOTAL	211	100	211	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Perspectiva biopsicossocial

Quando questionados sobre o conceito de saúde, 47,9% dos estudantes revelaram uma concepção ampla, biopsicossocial, dando aos aspectos biológicos, psicológicos e aos determinantes sociais o mesmo peso e importância para a sua conformação (Tabela 3). De acordo com a Tabela 1, essa concepção foi mais apresentada pelas mulheres (51,9%), que relacionaram a saúde a vários fatores ligados à forma de viver (alimentação, educação, moradia, lazer, atividade física, acesso aos serviços de saúde e saneamento). A dimensão biológica, quando apareceu, foi apontada pelas estudantes como uma dentre outras, sem que fosse a principal. Tal ênfase na concepção multicausal da saúde corrobora o estudo realizado por Reis, Soares e Campos (2010) e pode ser exemplificada pelo seguinte fragmento de resposta ao questionário: “A saúde corresponde a um conjunto de fatores inter-relacionados [...]: [...] condições de moradia, alimentação, lazer, trabalho, [...] aspectos fisiológicos, psicológicos, espirituais, etc”. (E59)

A concepção biopsicossocial da saúde pode estar atrelada ao discurso social comum e à ênfase dada pelos meios de comunicação aos vários determinantes sociais. Nessa pesquisa, em se tratando de estudantes do primeiro semestre, a

concepção ampliada de saúde pode estar relacionada ao fato dos estudantes apresentarem concepções pré-formadas, construídas a partir da repetição de frases que associam a saúde à valorização da qualidade de vida. Tais concepções se ligam às experiências do cotidiano, visões desenvolvidas durante a formação escolar ou ainda propagadas por professores, informações repassadas pelos espaços não formais de saúde, incluindo os meios de comunicação.

Segundo Badziak e Moura (2010), o conceito ampliado de saúde fundamenta a elaboração e execução das Políticas Públicas de Saúde, de modo que elas focalizam medidas que asseguram a promoção e proteção da saúde, mais eficazes e com menor custo que o modelo assistencialista e curativo, centrado na doença. A partir do momento em que tais políticas são implementadas, os determinantes sociais podem e devem ser alvos de intervenção. Por exemplo, a rotulagem nutricional de alimentos embalados é obrigatória no país desde 2001 (BRASIL, 2005). Tal medida é importante para a promoção da alimentação saudável e, conseqüentemente, estratégica para a redução do risco de doenças crônicas. Quando o indivíduo se depara com essas informações nas embalagens de biscoito, por exemplo, num primeiro momento ele não vai ter o conhecimento do porquê. Entretanto, a pesquisa na internet, a notícia na TV, a conversa com um vizinho ou profissional de saúde poderá conduzi-lo à compreensão da relevância daqueles dados, que podem ser levados ao ambiente familiar.

Em relação à doença, a concepção biopsicossocial foi referida apenas por 9% dos estudantes (Tabela 3), que apontaram, além das questões biológicas, fatores que interferem na qualidade de vida e, conseqüentemente, na saúde das pessoas: “Doença [...] é algo provocado por um antígeno [...] herança genética. Todavia, [...] faz parte de um conceito social, [...] é tudo aquilo que adota conotação negativa em relação ao dano da saúde [...]”. (E15)

O processo saúde-doença também sofre influência cultural, como revelou outro estudante: “[...] Além das enfermidades que afetam o físico, aquelas que afetam o espírito e impedem viver em paz, com conforto e qualidade”. (E106). Os conceitos de saúde e doença podem apresentar diversas interpretações e significados de acordo com o contexto cultural e a experiência subjetiva de cada indivíduo (BACKES et al., 2009). Assim, para o tratamento das doenças causadas pelo ‘mau-olhado’ e ‘encosto’, por exemplo, os indivíduos podem recorrer ao

tratamento espiritual, com banhos e rezas, além de acessar os recursos biomédicos, como apontou Minayo (1988). As referências socioculturais das pessoas que buscam o serviço de um profissional de saúde precisam ser levadas em conta no fazer destes profissionais, de modo a transcender a formação biologicista e individualista. Os valores, atitudes e crenças das pessoas servem de base para o pensar e o agir frente a um problema de saúde. Conhecer e considerá-los são de extrema relevância para determinar a melhor conduta do profissional de saúde em benefício do indivíduo (SILVA; LEITE, 2014). Os valores e crenças sobre o uso do preservativo, por exemplo, podem influenciar o aumento do número de casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre adolescentes do sexo masculino.

Reis (1999) ressalta a importância da autonomia conceitual-afetiva dos indivíduos, que se reflete nas diversas significações ou interpretações ligadas à saúde e à doença. Quando o profissional de saúde não as considera, ele centraliza as suas próprias decisões, impedindo que o usuário do serviço forneça informações relevantes e que participe do processo de decisão, criando obstáculos à 'parceria' entre eles. Ou seja, as significações pessoais integram o estado de saúde e o processo de tratamento, cabendo aos modelos de atenção e aos profissionais dos sistemas de saúde ser flexíveis àquelas pertencentes aos indivíduos para os quais suas ações são destinadas. As práticas biomédicas e culturais não são concorrentes. O encontro entre elas potencializa respostas ao processo saúde-doença, com possibilidade de aprendizagem para todos os envolvidos, a partir de um olhar interdisciplinar.

Perspectiva psicológica/individual

Ainda no que se refere à concepção de saúde, 27% dos estudantes apresentaram uma perspectiva psicológica/individual (Tabela 3). Os homens significaram a saúde majoritariamente como bem-estar físico e mental e as mulheres a atribuíram também ao bem-estar espiritual. Os estudantes associaram a saúde à disposição e motivação para realizar suas atividades, conforme pode ser exemplificado na resposta seguinte, no questionário: "Saúde é o bem-estar, é ter disposição para realizar as coisas, disposição de sonhar e lutar pelos sonhos, e realizar todos eles". (E150)

Os estudantes referiram-se ao bem-estar, ao equilíbrio harmônico entre o meio e o indivíduo, assim como à homeostase, que tem suas raízes no pensamento de Hipócrates (BATISTELLA, 2007; SABROZA, 2006): “Saúde é um conjunto de fatores, é o equilíbrio entre o interno e o externo. Trata-se de como levamos a vida, o que comemos; não se restringe somente à homeostase fisiológica” (E133).

Tal perspectiva psicológica/individual também foi apresentada por 23,7% dos estudantes (Tabela 3) em relação à concepção de doença, compreendida como estado de indisposição e falta de motivação para a vida: “Qualquer coisa que te enfraquece [...]. Algo que te impede de fazer suas atividades de rotina, ou que te faça agir mais lentamente ou com menos concentração”. (E43). Entender a relação entre o adoecer e os vários determinantes é imperioso para que se possa intervir, eficazmente, no sentido da prevenção da doença e da promoção da saúde.

Os alunos também apontaram a responsabilidade atribuída aos sujeitos no que se refere à manutenção da saúde, através do estilo de vida e dos seus hábitos, sendo a alimentação inadequada, o sedentarismo e os comportamentos de risco para o estresse elementos que podem ocasionar adoecimento: “Saúde é a prática de estar bem, de corpo e mente. É cuidar de si [...]”. (E54) Esse fator, se considerado de forma isolada, como se os aspectos sociais, ambientais, econômicos e as condições de trabalho não tivessem influência na saúde e na doença, conota uma postura reducionista, que não valoriza a responsabilidade do Estado e do ambiente de trabalho nesse processo.

Os direitos sociais são plenamente assegurados pelo artigo 6º da Carta Magna de 1988 (BRASIL, 1988), cabendo ao Estado a implementação de políticas públicas com vistas a garanti-los. A ausência de recursos e dessas políticas, o descumprimento das existentes, a má aplicação do dinheiro público e/ou o desvio de verbas são alguns dos obstáculos encontrados para a efetivação desses direitos, dentre os quais o direito à saúde.

Não basta apenas os indivíduos se alimentarem de forma adequada e realizarem práticas regulares de atividade física, se o Estado não possibilitar a realização de medidas, por parte do Sistema de Saúde, com vistas à prevenção de doenças e promoção da saúde, conforme pontuado por Meira e Carvalho (2010). Todavia, é necessário que a população se desacomode e exija seus direitos através do seu papel sociopolítico, pressionando por uma saúde de qualidade, monitorando

as políticas e normas para evitar retrocessos e descumprimentos. Se a reivindicação não ocorre, o Estado pode não se sentir responsável pelos direitos sociais garantidos por lei.

Perspectiva biomédica

A concepção biomédica da saúde esteve presente em 23,7% dos estudantes (Tabela 3), apresentando similaridade entre homens e mulheres (23,7%) (Tabelas 1 e 2). Em contrapartida, a concepção biomédica da doença foi apresentada por 64,4% dos estudantes (Tabela 3), com mais evidência entre os homens (65,8%) (Tabela 2). Isso pode estar atrelado ao fato de os homens buscarem mais os serviços médicos apenas em casos de doença.

Percebeu-se, nas respostas de alguns estudantes, um discurso higienista e assistencialista sobre o corpo, sendo a adoção de medidas profiláticas e terapêuticas o que é possível fazer para evitar e/ou tratar doenças: “Ações de higiene pessoal, coletiva, evitar contato próximo com pessoas com doenças transmissíveis.” (E31); “[...] É preciso algum tratamento ou medicação para que volte ao normal ou mantenha o problema controlado.” (E177). Os estudantes conceberam a doença como alteração da estrutura e função corporal, muitas vezes ocasionada pelo descuido do indivíduo com o próprio corpo. Ao mesmo tempo, compreenderam a saúde como ausência de doença, colocando-as como um par de opostos: “Saúde é não sentir dor, é não estar doente”. (E40)

Tal perspectiva se coaduna com o pensamento de Christopher Boorse, segundo o qual a saúde é a ausência de doença. Para o autor da teoria bioestatística da saúde, os conceitos de saúde e de doença devem ser isentos de valor, excluindo as dimensões econômica, social, cultural e psicológica, cabendo, unicamente, à biologia e à patologia o fornecimento de dados objetivos para sua definição (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

A superposição dos conceitos de saúde, doença e normalidade foi contemplada nas respostas dos estudantes, além da relação entre estes conceitos e os valores desejados e determinados pela sociedade: “[...] capacidade de exercer tarefas diárias ou básicas com normalidade” (E04); “Desvio total ou parcial das condições de equilíbrio e condições “padrão” [...]”. (E183). Essa superposição vai de encontro ao pensamento de Canguilhem, retomado por Coelho e Almeida Filho

(2002), que demonstra que a normalidade não é sinônima da saúde, nem tampouco o binômio normal-patológico corresponde à oposição entre saúde e doença. Canguilhem (2009), na discussão acerca do normal e do patológico, tratou esses termos como referentes a fenômenos qualitativamente diferentes, representando forças em luta. Para ele, o normal implica também as diferenças entre os indivíduos e pode estar ligado à flexibilidade da norma, que se transforma em condições individuais, ou à sua rigidez. Algo tido como normal em determinadas situações pode se tornar patológico em outras.

Gadamer (1996) considera que é possível estabelecer valores padronizados para a saúde, contudo a imposição destes a um indivíduo saudável o levaria ao adoecimento. Os estudantes relacionaram a saúde ao “estado corporal que chamamos de normal, de acordo com os padrões aceitáveis” (E172). A busca pelo corpo perfeito e a magreza ditada pelo mundo da moda, que atenda ao ideal estampado nas propagandas de roupas e nas personagens da televisão, tem contribuído para o aumento de distúrbios psicológicos, uso de anabolizantes e transtornos alimentares, como anorexia, bulimia e vigorexia, em adultos e adolescentes. Esses achados se aproximam dos resultados encontrados por Vaz (2015) no estudo que aborda a relação entre medicamento e doença: valores ideais, como felicidade, celebridade e magreza exercem pressão sobre os indivíduos, levando-os ao sofrimento e contribuindo para o surgimento de doenças. A concepção biomédica da doença, apresentada pelos estudantes, também pode estar relacionada com a posição social do médico como detentor do conhecimento e a do paciente como objeto de intervenção, sem autonomia para decidir qual direção tomar no seu tratamento, como aponta Moraes (2012).

À medida que a prática médica ampliou a prescrição de normas de conduta e de comportamento, foi produzida uma cultura medicalizante que, associada à preocupação com a saúde e o bem-estar da população, gerou uma política de policiamento, com o objetivo de evitar toda ameaça à vida da população. Esse exercício de poder sobre a vida dos indivíduos e da sociedade foi denominado por Foucault (1988) como biopoder. Para esse autor, a medicina passou a exercer a função de higiene pública, com centralização das informações, normalização do saber, aprendizado da higiene e medicalização da população. As medidas por ela prescritas vêm sendo apontadas como imprescindíveis ao controle das taxas de

mortalidade, morbidade e das incapacidades biológicas, tornando-se mecanismos de biopoder (DINIZ; OLIVEIRA, 2014). A medicina passou a não ter mais fronteiras, imprimindo sobre a população esse poder que não só controla os indivíduos, como também os torna produtivos e inofensivos (LAMAR; NASCIMENTO, 2013).

O saber biomédico hegemônico determina assim a visão do corpo humano nas sociedades capitalistas ocidentais, onde a produção e o consumo de produtos, bens e serviços são enfatizados. Ele influencia não só as práticas de saúde dos indivíduos, mas também os processos de subjetivação do corpo e da vida (MORAES, 2012). Segundo Reis (1999), a crença de que a medicina, alicerçada pelo modelo biomédico, possui respostas concretas para a quase totalidade das doenças se faz presente hoje no sistema de saúde brasileiro, bem como na formação em saúde, sendo-lhe, exclusivamente, atribuídos os créditos pelo aumento da expectativa de vida da população. É notório que as inovações cirúrgicas, as grandes descobertas científicas e tecnológicas têm contribuído para isso. Contudo, não podem ser sobrevalorizadas. Melhores condições de higiene, saneamento básico, mudanças nos meios sociais, ambientais, culturais, dentre outras, também são igualmente relevantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do que os alunos de um curso superior da área de saúde entendem como saúde e doença, investigado pelo presente estudo, é imprescindível, pois essas concepções podem embasar as práticas de futuros profissionais. Isso possibilita o trabalho educativo com essas ideias, na direção dos referenciais das políticas públicas de saúde. Os estudantes apresentaram concepções heterogêneas de saúde e doença, desde a definição preconizada pela OMS (1948), até a consideração desses conceitos de forma ampla e multifatorial, além de ainda enxergá-los a partir do modelo biomédico, focalizado na doença, médico-centrado, com valorização de sinais, sintomas e evidências clínicas.

Na presente pesquisa, os estudantes apresentaram uma concepção predominantemente biopsicossocial da saúde e uma majoritariamente biomédica da doença, tanto entre as mulheres quanto entre os homens. Considerando que cerca de 80% dos estudantes estão em sua primeira graduação, deduz-se que estes realizaram, durante sua vida escolar, a apropriação de conteúdos relativos aos

programas de saúde apenas na disciplina de biologia, focados no estudo da doença. O modo de atuação dos profissionais de saúde foi incorporado como uma prática voltada para os aspectos biológicos, desconsiderando a forma como cada indivíduo percebe e vivencia a doença. Nessa direção, esses profissionais tecem orientações e condutas segundo suas formações, crenças e valores, as quais divergem, às vezes, das apresentadas pelos usuários que buscam os serviços de saúde. O fato de os estudantes apresentarem uma concepção biomédica da doença pode se dever, assim, ao enfoque que é dado à saúde a partir da própria doença, tanto na escola quanto no próprio serviço de saúde. Em contrapartida, a presença da concepção biopsicossocial da saúde pode se dever à sua difusão em alguns meios de comunicação, no ambiente familiar e no trabalho, com vistas a mudanças de comportamentos e hábitos em prol da qualidade de vida.

É importante considerar que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos diversos contextos socioculturais nos quais os indivíduos se inserem, sendo essas concepções indissociáveis dos aspectos históricos, socioculturais, econômicos, psicológicos, dentre outros, o que acarreta uma multiplicidade de abordagens e convoca um enfoque interdisciplinar. Os estudantes relacionaram a saúde à qualidade de vida e à alimentação. De fato, uma alimentação balanceada e saudável, aliada à atividade física, influencia a saúde, prevenindo doenças como diabetes, hipertensão e obesidade, colaborando para a qualidade de vida. Da mesma forma, a qualidade de vida, representada por boas condições de moradia, trabalho, transporte e outros fatores, influencia a saúde.

Assim, mesmo que os estudantes tenham apontado para a importância da alimentação equilibrada, do saneamento básico, do transporte de qualidade e do sentir-se bem, eles ainda focalizam, quando doentes, o atendimento médico, os exames laboratoriais e a automedicação. A propaganda e a prescrição de condutas acabam por legitimar o padrão biomédico. Ou seja, nesse modelo, em uma crise de enxaqueca, por exemplo, não há uma preocupação em investigar o que de fato pode tê-la causado. Ela não é vinculada ao estresse no trabalho, à ingestão de alimentos ricos em sódio, à falta de atividade física, ficando a sua origem atrelada apenas a uma causa orgânica.

As formas como os alunos percebem a saúde e a doença provavelmente se refletirão nas suas práticas. A abordagem ampliada da saúde, com seus

determinantes sociais e contextuais, e a percepção do indivíduo como ser integral promovem a ressignificação do processo saúde-doença, possibilitando, de fato, a adoção de novas práticas e processos de trabalho em saúde. Para tanto, é necessário superar os desafios da educação superior em saúde, que ainda segue um modelo hospitalocêntrico e especializado, e transforma os discentes em profissionais incapazes de atendimento às necessidades de saúde da sociedade, que despersonalizam e desconsideram as dimensões morais e emocionais dos usuários dos diversos serviços. A formação acadêmica precisa envolver, então, não só o preparo para a atuação técnica no mercado de trabalho, mas também a formação como ser humano integral, enquanto cidadão político e ético, que respeita a diversidade e é engajado com a realidade. Trata-se de formar pessoas que compreendam a saúde e a doença para além dos aspectos biológicos, considerando os seus aspectos psicológicos, antropológicos, socioculturais e políticos, e que compreendam de que forma estes interferem na qualidade de vida e na percepção sobre a saúde e a doença, que dependem da realidade de cada indivíduo. Assim, para que novas ações e práticas de saúde sejam efetivadas, necessita-se investir na formação, através da reestruturação dos currículos e das metodologias dos cursos de graduação e pós-graduação, incluindo intervenções nos serviços de saúde.

Escolheu-se apresentar as concepções de saúde e doença dos estudantes ingressos no BIS para, posteriormente, compará-las com as apresentadas ao final do curso, de modo a ter subsídios para analisar de que forma a proposta pedagógica e a estrutura curricular do curso podem transformar tais concepções e ser relevantes na formação dos futuros profissionais de saúde, no caso do estudante optar por continuar sua formação acadêmica em outra graduação em saúde. Para uma formação interdisciplinar em saúde, bem como para outras graduações desta área, torna-se imprescindível discutir as concepções de saúde e doença desde o início do curso. O estudo de conteúdos humanísticos e artísticos, por exemplo, favorece a compreensão de que a sociedade é complexa e multifacetada, comportando contradições e a coexistência de diferentes visões de mundo e referenciais, tornando assim os alunos mais conscientes e críticos frente aos diversos elementos do campo da saúde.

No decorrer deste estudo, foram percebidas algumas limitações, frente à relevância da temática. Estes resultados não podem ser generalizados para todos os

estudantes da área da saúde. São necessárias outras pesquisas sobre as concepções de saúde e doença entre estudantes de outros cursos de graduação em saúde, de modo a obter informações que permitam melhor verificar a abrangência de nossos achados e direcionar a formação superior neste campo. Além disso, é preciso reaplicar o instrumento de coleta de dados aos alunos do BIS ao final do curso, com vistas a comparar os resultados com os encontrados no início do mesmo e verificar os efeitos desta formação.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, Rio de Janeiro, 2011; 377(9781): 1898-1900. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilporcom4.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: revolução na educação superior no campo da saúde? In: TEIXEIRA CF; COELHO MTAD, Organizadoras. **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 11-22.
- ALMEIDA FILHO, N; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-89, 2002.
- ANDIFES. **III Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras**. FONAPRACE. Brasília. 2011.
- BACKES, M.T.S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-17, 2009.
- BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.V. Determinantes Sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Saúde Pública** (Santa Catarina), Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed 70, 2010.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA AF, organizador. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Epsjv-Fiocruz; 2007. p. 25-49.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 13 Jun 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Universidade de Brasília. **Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação às indústrias de alimentos**. 2ª versão. Brasília, DF: ANVISA; 2005. Disponível em: < <http://goo.gl/oEAJ6X> >. Acesso em: 4 mar. 2016.

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 20, n. 56, p. 135-45, 2016.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
- CARDOSO, G.M.P. **Vida Universitária, Atividade Física e Promoção da Saúde entre estudantes da Universidade Federal da Bahia**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Humanidades Artes e Cultura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- COELHO, M.T.A.D, ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33, 2002.
- DALMOLIN, B.B et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-94, 2011.
- DINIZ, F.R.A, OLIVEIRA A.A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **e- Sci**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p.143-58, 2014.
- FOUCAULT, M. organizador. **História da sexualidade – a vontade de saber**. 16^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988. p. 125-52.
- FOUCAULT, M. organizador. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.p.79-98.
- FERRETI, F.; NIEROTKA, R.P.; SILVA, M.R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 15, n. 37, p. 565-72, 2011.
- GADAMER, H-G. **The enigma of health**. California: Stanford University Press; 1996.
- HEIDMANN, I.T.S.B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Rev Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.
- IRIART, J.A.B. **Concepções e representações da saúde e da doença**. Texto didático. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, 2003.

- LAMAR, A.R; NASCIMENTO, L.R. Vinculações filosóficas de Michel Foucault. **Húmus**, São Luís, n. 9, p. 122-39, 2013.
- LANGDON, E.J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18,n.3, p. 174-81, 2010.
- MEIRA, I.; CARVALHO, A.P. A saúde e sua relação intrínseca com o organismo e o ambiente [Internet]. **Fórum Sociológico**, Lisboa, n. 20, p. 75-82, 2010. Disponível em:< <http://goo.gl/C7KeUL>>. Acesso em: 15 out. 2015.
- MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 363-81, 1988.
- MORAES, G.V.O. **Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade**. 2012. 70 f. Dissertação (Mestrado)- Fiocruz, Belo Horizonte (MG), 2012.
- OGATA, M.N; PEDRINO, H.C. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 102-14, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1948. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 15 abr 2015.
- PUTTINI, R.F; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L.R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-67, 2010.
- REIS, J.C., organizador. O sorriso de Hipócrates. **A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença**. Lisboa: Veja; 1999. p. 135-162.
- REIS, A.M.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Processo Saúde-Doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 347-57, 2010.
- ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: Almeida Filho N, Rouquayrol MZ, organizadores. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 17-35.
- SABROZA, P.C. Concepções sobre saúde e doença. **Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde [Internet]**. Educação à distância. Rio de Janeiro: Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006. Disponível em:

<<http://goo.gl/PRheQS>>. Acesso em: 20 out. 2015.

SILVA, K.M.; LEITE, S.P. Concepções de saúde e doença apresentadas por uma população atendida pela estratégia Saúde da Família. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 345-54, 2014.

SOUZA, E.C.F.; OLIVEIRA, A.G.R.C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: Proin-Edufrn, 1997. p.87-92.

TEIXEIRA, C.F.S.; COELHO, M.T.A.D.; ROCHA, M.N.D. **Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-46, 2013.

TORRES, M.F.M.; CARVALHO, F.R.; MARTINS, M.D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl), p. 1409-15, 2011.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**, Espírito Santo, v. 18, n. 1, p. 51-68, 2015.

2.2 ARTIGO 2

A PRÓPRIA SAÚDE PERCEBIDA POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E OS FATORES ASSOCIADOS

OWN HEALTH PERCEIVED BY STUDENTS AND ASSOCIATED FACTORS

PROPIA SALUD QUE LOS ESTUDIANTES PERCIBEN Y FACTORES ASOCIADOS

RESUMO

Objetivo: Este artigo tem o objetivo de identificar e compreender como universitários do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, da UFBA, avaliam a sua condição de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa que aborda a forma como 212 estudantes autoavaliam a sua saúde. Os dados foram produzidos em 2014, mediante aplicação de questionário semi-estruturado, organizados e analisados quanti-qualitativamente com base na triangulação. **Resultados e discussão:** Os resultados apontam que um grande número de estudantes que se consideram saudáveis são do sexo feminino, heterossexuais e oriundos de escola privada. A maior proporção de estudantes que se consideram doentes se declarou como negras e pardas. Bem-estar, alimentação e atividade física foram associados à saúde, enquanto que mal-estar e dor foram vinculados à doença. **Conclusão:** A autoavaliação da saúde é um indicador da saúde da população, que envolve aspectos objetivos e subjetivos. Os dados sobre a condição de saúde servem de subsídio para a implementação de políticas públicas. O fortalecimento destas políticas dentro do espaço acadêmico amplia o bem-estar, a qualidade de vida e o nível de saúde dos estudantes.

Palavras-chave: Autoavaliação; Saúde; Doença; Estudantes.

ABSTRACT

Objective: This article aims to identify and understand how students of the Bachelor in Interdisciplinary Health, from Federal University of Bahia, evaluate their health condition. **Methodology:** This is a descriptive study of quantitative and qualitative approach that looks at how 212 students self-evaluate their health. The data were produced in 2014 by applying a semi-structured questionnaire, organized and analyzed quantitatively and qualitatively based on triangulation. **Results and discussion:** The results indicate that a large number of students who consider themselves healthy are female, heterosexual and coming from private school. The highest proportion of students who consider themselves sick, self-declared as black and brown. Welfare, food and physical activity were associated with health, while malaise and pain have been linked to disease. **Conclusion:** The self-rated health is a population health indicator, which involves objective and subjective aspects. Data on the health condition serve as a subsidy for the implementation of public policies. The strengthening of these policies within the academic space extends the well-being, quality of life and the health status of students.

Keywords: self-evaluation; Health; Disease; Students.

RESUMEN

Objetivo: Este artículo tiene como objetivo identificar y entender cómo los estudiantes de la Bachillerato interdisciplinario em Salud, en la Universidad Federal de Bahía, evaluaran su estado de salud. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo de enfoque cuantitativo y cualitativo que examina como 212 estudiantes autoevalúan su salud. Los datos se produjo en 2014 mediante la aplicación de un cuestionario semi-estructurado, organizado y analizado cuantitativa y cualitativamente basado en la triangulación. **Resultados y discusión:** Los resultados indican que un gran número de estudiantes que se consideran sanos son mujeres, heterosexuales y viene de la escuela privada. La mayor proporción de estudiantes que se consideran enfermos han se declarado como negro y marrón. Bienestar, alimentación y actividad física se asociaron con la salud, mientras que el malestar y el dolor se han relacionado con la enfermedad. **Conclusión:** La percepción de la salud es un indicador de la salud de la población, que se refiere a

aspectos objetivos y subjetivos. Los datos sobre el estado de salud sirven como subsidio para la implementación de políticas públicas. El fortalecimiento de estas políticas en el espacio académico extiende el bienestar, la calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes.

Palabras clave: autoevaluación; salud; enfermedad; Estudiantes.

INTRODUÇÃO

Sentir-se saudável ou doente é cercado de singularidades, podendo ser influenciado pelo modo como os indivíduos conceituam saúde e doença. A definição destes termos representa um grande desafio, pois eles se referem a uma realidade múltipla e complexa, discutida em bases filosóficas, biológicas, práticas e subjetivas (ALMEIDA FILHO; PAIM, 2014). Para Almeida Filho (2006), o objeto saúde-doença é complexo, sendo preciso entendê-lo a partir da plena e integral multiplicidade que o envolve.

Quando as pessoas percebem sua própria saúde, elas o fazem a partir de referências individuais das dimensões física, mental e social (SOUZA, 2012), as quais sofrem influência dos diversos determinantes sociais (renda, alimentação, transporte, moradia, dentre outros), como também dos aspectos físicos, emocionais e cognitivos (AZEVEDO; FRIECHE; LEMOS, 2012; BARATA, 2012). O ser saudável é construído a partir da forma como cada indivíduo se relaciona com o mundo, considerando sua singularidade, vivências e comportamentos, ou seja, a partir da complexidade do ser humano. Para Morin (2005), a interação do indivíduo com o mundo em que vive não é linear ou previsível. Cada um vive e experimenta-se como sujeito de forma diferente.

No momento em que os indivíduos se consideram saudáveis ou doentes estão avaliando a própria saúde. Tal avaliação consiste na auto-percepção que eles possuem de sua própria saúde física e mental, relacionada às informações e conhecimentos gerais acerca da saúde e seus aspectos socioculturais (VITA, 2006; SOARES et al., 2011). Trata-se de um indicador de saúde subjetivo que não se baseia apenas na presença ou ausência de sinais e sintomas englobando, também, componentes emocionais, socioculturais (que exercem influência sobre a saúde), o

bem-estar e a satisfação com a própria vida (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; DOMINGUES, 2013).

A autoavaliação de saúde é amplamente empregada em pesquisas nas diversas áreas da ciência, como na epidemiologia e na economia da saúde, por ser de fácil aplicação, alta validade e confiabilidade, além da precisão (PERES et al., 2010; PIMENTA et al., 2010; BARATA 2012). Este indicador representa uma medida-síntese que fornece informações relevantes para a avaliação dos sistemas de saúde e de vigilância, mesmo diante da dificuldade de se medir a saúde, conforme aponta Rouquayrol (2006).

Os dados fornecidos por esse indicador levam ao conhecimento dos gestores públicos as condições de saúde da população, permitindo o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção que mantenham ou melhorem a saúde dos cidadãos (BERNARDO, 2013; PETARLI et al., 2015), possibilitando, assim, planejar ações, formular, implementar e avaliar políticas de saúde de acordo com as necessidades de saúde da população. Isso possibilita reduzir a mortalidade, controlar a ocorrência das principais doenças, aprimorar a qualidade dos serviços e reduzir as desigualdades sociais (PIMENTA et al., 2010; BARATA, 2012), que impactam na qualidade e estilo de vida, bem como nas condições de saúde dos sujeitos (ALMEIDA FILHO, 2011). No Brasil, esse indicador vem sendo empregado na Pesquisa Nacional de Saúde desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Como afirma Bernardo (2013), apesar dos resultados relevantes a partir do uso desse indicador, alguns autores apontam a falta de clareza do que se está medindo, já que a saúde possui múltiplos determinantes (aspectos físicos, emocionais, culturais, dentre outros), além da própria complexidade de conceituá-la. Já outros autores retratam a importância da percepção do indivíduo acerca da sua saúde como meio de influenciar a sua qualidade de vida.

A percepção de saúde dos indivíduos, a partir do seu contexto sociocultural, permite identificar seus comportamentos frente ao processo saúde-doença, quais condutas são tomadas, de que forma utilizam os serviços médicos, dentre outros. Segundo Câmara et al. (2012), conhecer a forma como as pessoas percebem sua saúde possibilita planejar com mais eficiência as ações de saúde.

A entrada do estudante no âmbito acadêmico representa um caminho de muitos desafios e descobertas que vão além de questões educacionais, envolvendo o estabelecimento de relações interpessoais mais maduras, a exploração de papéis sociais e a intimidade, conforme aponta Silva (2010). Para Coulon (2008), a entrada na universidade é marcada por rupturas existenciais, afetivas e psicopedagógicas que envolvem adequação às exigências acadêmicas em torno dos conteúdos, dos métodos de exposição do saber e dos conhecimentos. Por conta disso, os estudantes tornam-se vulneráveis à adoção de comportamentos que podem interferir na condição de saúde (SOUSA, 2010) e, conseqüentemente, comprometer o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

O conhecimento de informações sobre a realidade de saúde entre os universitários é de grande importância, visto que estas servirão de auxílio para os gestores de educação no que tange à elaboração de políticas de promoção da saúde que envolvam os estudantes. Sendo assim, os objetivos do presente artigo foram identificar e compreender como os estudantes do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), da Universidade Federal da Bahia - UFBA, avaliam a sua saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, acerca da autoavaliação de saúde. Seus dados integram a pesquisa “Concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença”. O *corpus* do estudo foi composto por respostas de 212 estudantes do primeiro semestre do BIS, ingressos em 2014, com idade entre 18 e 61 anos, de ambos os sexos. A coleta de dados ocorreu em 2014.

Foi utilizado um questionário semi-estruturado com questões organizadas em blocos contemplando: dados sociodemográficos; concepções de saúde e de doença; práticas de saúde e doença; autoavaliação dos indivíduos acerca de ser saudável ou doente. Nesta etapa da pesquisa, além da análise de algumas variáveis que compuseram o perfil sociodemográfico (sexo, idade, instituição de origem, opção sexual, raça/cor, escolaridade, renda e local de origem), foram analisadas duas questões referentes às evocações que os participantes da pesquisa associaram

livremente aos termos saúde e doença e outras duas questões de múltipla escolha relacionadas, respectivamente, à autoavaliação quanto à saúde e à doença.

Para a análise das respostas às questões, optou-se pelo uso do *software Iramuteq*[®] para as evocações associadas aos termos 'saúde' e 'doença', as quais foram processadas para identificar a ordem de frequência, criando representações gráficas, por meio de uma nuvem de palavras, facilitando assim a visualização dos dados processados (CAMARGO; JUSTO, 2013). Quanto aos dados sociodemográficos e as questões sobre autoavaliação, utilizou-se o *software* de análise estatística *Epi Info*[®].

Tendo em vista a complexidade do objeto de investigação, optou-se por uma abordagem de triangulação metodológica, através da qual se utilizou várias técnicas de análise dos dados (MINAYO, 2014). A triangulação é apontada como um caminho seguro para a validação da pesquisa, garantindo-lhe rigor, riqueza e complexidade (FIGARO, 2014), sendo vista como forma de integrar diferentes perspectivas do fenômeno em estudo, à medida que identifica semelhanças e contradições, mostrando a saúde e a doença de forma ampla (DUARTE, 2009), o que poderia não ocorrer com um modo mais simples de análise.

É importante ressaltar que este estudo obedeceu aos padrões éticos estabelecidos pelas Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, através da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o parecer de número 741.183. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido em duas vias, de forma voluntária, garantindo-se anonimato e sigilo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 212 participantes deste estudo, 135 (64%) se autodeclararam do sexo feminino, 76 (34%) do sexo masculino e 01 (1%) estudante não respondeu esta pergunta. A idade das estudantes variou de 18 a 52 anos e a dos alunos variou entre 18 e 61 anos. A média de idade dos estudantes foi de 23 anos. Quase a metade dos participantes da pesquisa é oriunda de escola pública (47%), 43% cursaram o ensino médio em instituição privada e os 10% restantes estudaram em instituições

filantrópicas ou eram bolsistas ou cursaram tanto em instituições privadas como em públicas ou, simplesmente, não responderam esta pergunta.

O perfil dos estudantes participantes deste estudo corrobora os dados encontrados no Censo de 2013, o qual aponta como uma das tendências do universo de universitários brasileiros um maior percentual (57%) do sexo feminino. Nota-se também uma maior presença de estudantes oriundos de escola pública nesse curso superior. Isto pode estar relacionado às políticas de inclusão social, especialmente ao processo de seleção pelo sistema de cotas, implantado através da Lei nº 12.711/2012, que garante a reserva de 50% das matrículas por curso e turno em todas as universidades federais e institutos federais de educação, ciência e tecnologia a alunos que cursaram integralmente o ensino médio público (BRASIL, 2012).

Quando analisadas as questões sobre autoavaliação de saúde, nota-se que a grande maioria dos discentes, representada por 188 (90%), revelou que se percebia como saudável, com maior proporção entre os indivíduos do sexo feminino. Quanto à autoavaliação negativa da saúde, 18 (9%) se referiram como doentes.

Ter boa saúde é um dos desejos mais ardentes do homem. Contudo, o indivíduo pode se sentir saudável e não saber se está com saúde. Uma doença pode se instalar mesmo sem que as pessoas percebam (KANT, 2008). Daí a complexidade que envolve a definição de ser saudável ou doente, conforme aponta Bonetti (2004).

Em ambos os sexos, foi maior a proporção de indivíduos heterossexuais (89%) que avaliaram sua saúde como positiva. Em contrapartida, a autopercepção como doentes só foi observada também entre estes indivíduos. Entre os heterossexuais que se autoavaliaram como doentes, o dobro de indivíduos era do sexo feminino (n=12) em relação ao sexo masculino (n=6). Algo que chama atenção é o fato de que o indivíduo não heterossexual (5%), que respondeu não se sentir saudável, também não se autoavaliou como doente, o que demonstra o quanto são subjetivos e complexos os conceitos de saúde e doença.

Foi evidenciada uma maior proporção de negros e pardos (72%) que se autodeclararam doentes, quando comparados aos brancos (17%). Há relação entre as desigualdades raciais e a autoavaliação de saúde. Conforme estudos, as pessoas negras estão sujeitas a diferentes modos de vida e saúde. O menor acesso

aos serviços de saúde, a exposição a diferentes modos de adoecimento e morte contribuem para que tal segmento da população apresente uma percepção negativa da própria saúde em comparação com a população branca. Quando consideramos o fato de que as mulheres negras relataram uma pior percepção de saúde em relação às brancas, tal fato pode apontar para a influência das desigualdades raciais e de gênero na situação de saúde, o que corrobora os dados encontrados por Domingues (2013). Vale ressaltar que a maior frequência de indivíduos que se consideraram doentes foi a de estudantes negras ou pardas, com 21 anos, o que fortalece mais ainda os argumentos mencionados anteriormente.

Segundo Arruda et al. (2015), a autoavaliação de saúde é influenciada pela idade, apresentando relação inversamente proporcional a esta. Ou seja, quanto maior a idade pior essa autoavaliação. No presente estudo, a média de idade dos estudantes foi de 23 anos, estando os mesmos em uma fase da vida em que as condições de saúde podem ser mantidas ou melhoradas, de acordo com a percepção e valorização dos índices de saúde. Isso pode ter se refletido para que 90% dos estudantes avaliassem de modo positivo a sua saúde. Para esses autores, a forma como os indivíduos percebem sua condição de saúde acarreta mudanças de comportamento e, conseqüentemente, aumento ou diminuição da qualidade de vida, podendo sofrer a influência de aspectos como a saúde física, autoestima, pessimismo e/ou otimismo. Azevedo, Frieche e Lemos (2012) verificaram em seu estudo que os sujeitos que têm uma avaliação positiva da própria saúde, percebendo a si mesmos como seres saudáveis, avaliarão sua qualidade de vida também positivamente.

Conforme Azevedo, Frieche e Lemos (2012), o conceito de saúde pode sofrer modificação de acordo com as perspectivas de vida, os papéis sociais, relacionando-se ao estado de bem-estar. Ao avaliar sua condição de saúde, o indivíduo deve fazê-lo a partir de como conceitua saúde e doença, considerando, inclusive, os determinantes sociais da saúde, sua percepção acerca da qualidade de vida, além de aspectos físicos, emocionais e cognitivos. Ou seja, ele faz isso entendendo a interação entre as dimensões objetivas e subjetivas da saúde e da doença, representadas, por exemplo, pelos parâmetros laboratoriais e pelas experiências e/ou percepções.

Através da análise dos resultados, notou-se que a avaliação positiva da própria saúde foi mais evidenciada entre os indivíduos oriundos de escola privada (48%). Em contrapartida, 72% dos estudantes que se consideraram doentes estudaram em instituição privada, em comparação com os 5% oriundos da escola pública. Seria esperado que os estudantes de instituição pública tivessem uma frequência maior de avaliação negativa da própria saúde do que os de instituição privada, por fatores como menor nível de renda, outras desigualdades sociais e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Santos (2012), em seu estudo, não encontrou diferenças na percepção em relação à própria saúde, de estudantes de escolas pública e privada de Belo Horizonte/MG.

A condição de saúde está diretamente atrelada à renda. Muitos autores discutem a relação entre os níveis socioeconômico e de saúde. Melhor condição financeira torna possível o consumo de bens materiais essenciais à promoção, manutenção ou recuperação da saúde, bem como ao acesso e utilização dos serviços de saúde, consultas médicas, medicamentos e planos de saúde, o que proporcionaria aos indivíduos exames preventivos e/ou tratamento necessário no caso de diagnóstico de alguma doença. Em contrapartida, as desigualdades na distribuição de renda podem refletir em menor provisão pública de serviços, tais como educação, serviços de saúde, saneamento básico, dentre outros, além de interferir no modo como os indivíduos compreendem o mundo, como avaliam suas vitórias e fracassos, o que poderá levar a impactos diferentes na saúde (BARATA, 2001; NORONHA, 2005; CAMELO, 2012; SANTOS, 2012; SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012). As desigualdades sociais e, conseqüentemente, de saúde estão presentes no mundo, dependendo das diferenças sociais, individuais e de classe, incluindo características culturais e de comportamento (SANTOS; GERHARDT, 2008). A base socioeconômica é um fator que pode contribuir para a melhoria da condição de saúde da população, embora, por si só, não garanta a saúde desta.

Quanto à escolaridade, esta vem sendo muito empregada nas pesquisas pela facilidade de mensuração e obtenção. Reflete o nível de instrução que se manifesta no modo como os indivíduos percebem os problemas de saúde, no entendimento quanto às informações repassadas sobre saúde, na adoção de comportamentos saudáveis, na utilização dos serviços de saúde, bem como na adesão às condutas terapêuticas (CAMELO, 2012).

O Sistema de Seleção Unificada (Sisu) tem permitido o acesso às instituições federais de ensino superior por parte de estudantes oriundos de várias partes do país (BRASIL, 2010). O grupo de estudantes participantes deste estudo é oriundo das regiões Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Os maiores percentuais de indivíduos que avaliaram positivamente sua saúde foram representados pelos estudantes oriundos das regiões Sudeste e Centro-Oeste, em relação às demais regiões avaliadas nesta pesquisa. Estes achados concordam com os apontados na Pesquisa Nacional de Saúde - 2013 (BRASIL, 2015).

Não se pode considerar apenas as diferentes localizações geográficas como fator determinante para esses achados, já que o universo de participantes desta pesquisa não permite a generalização destes resultados. Contudo, é preciso também atentar às desigualdades de oferta dos serviços de saúde entre as regiões do Brasil, apesar dos inúmeros avanços na área de assistência médico-sanitária nos últimos anos. A partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), observa-se um crescimento do número de médicos e equipamentos de saúde em relação à população, contudo há uma concentração maior destes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, restando ao Norte e Nordeste menos recursos de saúde (BRASIL, 2015). Além disso, a existência física dos serviços não é garantia da sua utilização pela população. Aspectos como localização geográfica, vias de acesso, transporte público, padrões de atendimento aceitáveis ou não pela população a ser assistida, densidade tecnológica do serviço ofertado também são fatores que, segundo Barata (2008), podem interferir no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Com o objetivo de melhor investigar as autopercepções dos estudantes sobre a sua saúde e/ou doença, estes foram convidados a mencionar cinco palavras (evocações) para cada um destes termos. As duas questões aplicadas aos discentes acerca dessas evocações tinham como objetivo central compreender o sentido que a saúde e a doença tinham na vida de cada estudante em sua relação com a autoavaliação de saúde. Foram criadas nuvens de palavras como pode ser observado nas Figuras 1 e 2. Tais nuvens ilustram as evocações proferidas em cada uma das perguntas, sendo evidenciadas em maior escala aquelas mais evocadas.

coexistir dentro de uma mesma sociedade. Como exemplo, temos a influência dos aspectos culturais para caracterizar o alimento como sagrado e como profano. Esse autor também aponta o caráter social do alimento, o qual pode representar uma forma de criar e manifestar os relacionamentos entre as pessoas, de simbolizar status social, profissão e papéis de gênero, mudanças de vida, além de reafirmar identidades religiosas, étnicas ou regionais. Este aspecto de sociabilização do alimento também é apontado por Zancul (2008).

No que diz respeito ao termo 'bem-estar', seu uso pode representar uma tendência dos estudantes a desenvolverem um conceito de saúde mais positivo, aproximando-se do preconizado pela OMS. Este dado foi similarmente encontrado por Carvalho e Carvalho (2010) num estudo também com estudantes do ensino superior.

De acordo com Batistella (2007), o conceito da OMS foi apontado como algo inatingível, pois os indivíduos não permanecem constantemente em estado de bem-estar, tornando impossível mensurar o nível de saúde de uma população. Por outro lado, Caponi (1997) afirma que a subjetividade que envolve o conceito de saúde e doença está presente tanto numa concepção restrita quanto numa perspectiva ampliada de saúde. Para esta autora, o uso desse conceito pode levar à exclusão e controle de tudo que for considerado perigoso e indesejável, interferindo na história de cada indivíduo e das sociedades.

A busca por um estilo de vida saudável, boa qualidade de vida, felicidade e bem-estar constituem elementos importantes na promoção da saúde, do ponto de vista individual (COUTINHO et al., 2013). Essas palavras também apontam para a valorização do corpo, de modo a atender aos padrões estéticos preconizados na sociedade contemporânea, com ênfase no corpo "sarado" e viril, como sugerem as 60 evocações referentes à atividade física.

A importância da atividade física como promotora da saúde tem sido muito evidenciada em pesquisas científicas (PALMA; VILAÇA, 2010), sendo também apontada como fator de prevenção de doenças crônico-degenerativas, como cardiovasculares, diabetes, hipertensão, dentre outras (ESPÍRITO-SANTO; MOURÃO 2012). Para além dos benefícios à saúde, a prática de atividade física tem levado os indivíduos à corrida pelo corpo ideal.

A evocação da palavra 'mal-estar' pode dizer respeito às sensações desagradáveis no organismo, indisposição, incômodo, como também insatisfação e constrangimento. Freud (2010), em 1930, considerou como causas do sofrimento humano o poder superior da natureza, a fragilidade do próprio corpo e a deficiência das disposições que regulam as relações dos indivíduos na família, no Estado e na sociedade.

A busca pelo significado da doença envolve, portanto, vários aspectos. Os estudantes também consideraram como associados à doença sentimentos como a tristeza. Para eles, uma pessoa doente é sem ânimo para a vida, solitária. Os alunos apontaram a relevância do convívio entre as pessoas e familiares, da amizade, para a saúde.

A Figura 2 mostra, igualmente, a procura por serviços de saúde, impulsionada pela doença e não pela manutenção da saúde. Ou seja, a saúde acabou sendo atrelada ao acesso a medicamentos, sendo estes capazes de representá-la, como foi evidenciado em um estudo com estudantes de Enfermagem (OGATA; PEDRINO, 2004). Os antigos instrumentos de dominação mágica foram substituídos por objetos técnicos, pelos diversos fármacos desenvolvidos e aprimorados pela ciência (BARROS, 2002).

O ideal de saúde, difundido pelos meios de comunicação e pela indústria médica, rejeita qualquer sinal de dor, concatenando a doença ao medicamento. Para cada nova doença há um novo remédio. Sentimentos e comportamentos dos indivíduos, como fraqueza, apatia, solidão, dentre outros, têm sido considerados como doença, como se evidenciou através das palavras citadas pelos estudantes.

Com vistas a vender os seus produtos, as indústrias farmacêuticas e tecnológicas necessitam vender a doença e produzir doentes (VAZ, 2015). Para Almeida Filho (2014), a mercantilização é uma das formas contemporâneas de medicalização. As patologias possibilitam criar mercadorias e monetizar o diagnóstico e o tratamento, conseqüentemente gerando o lucro. Prova dessa medicalização é a presença de analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios distribuídos entre sabonetes, xampus e chocolates nas gôndolas dos supermercados e caixas de farmácias.

A automedicação e o consumo excessivo e, muitas vezes, desnecessário dessas substâncias é estimulado pelos anúncios publicitários, o que pode acarretar

no agravamento de patologias ou sintomas, surgimento de futuras doenças, como hepatites medicamentosas, além de incentivar a aquisição de produtos ineficazes ou inadequados, refletindo no aumento dos gastos do sistema de saúde no tratamento de intoxicação por medicamentos, que ocupa o primeiro lugar no ranking de intoxicações nos centros de controle de toxicologia e farmacovigilância do Brasil (SILVA; VELOSO; CUNHA, 2011). Nota-se que os indivíduos passaram a consumir não mais pela necessidade própria, mas considerando o consumo como o próprio sentido da vida (SILVA; CARVALHO, 2013). O acesso ao consumo tornou-se objetivo principal para o alcance de níveis satisfatórios de bem-estar, de saúde, tornando o sujeito dependente de tecnologias diagnóstico-terapêuticas (BARROS, 2002). Com isso, potencializa-se a doença ao invés de estimular os indivíduos a serem/viverem com saúde e monopoliza-se o mercado na direção de enfatizá-la (DALMOLIN et al., 2011).

Quando analisadas as nuvens criadas a partir das evocações de homens e mulheres para o termo saúde, foram evidenciados os termos 'alimento', 'atividade-física' e 'bem-estar', contudo em frequências diferentes. As estudantes deram mais ênfase ao termo 'bem-estar' (69 evocações), já o público masculino ao termo 'alimento' (36 evocações). Quanto à 'atividade física', para os homens esta evocação apresentou a mesma frequência que o termo 'bem-estar' (23 evocações). Para as mulheres, o 'alimento' (60 evocações) foi mais enfatizado que a 'atividade física' (38 evocações). Diante destas respostas, pode-se inferir o quanto os estudantes relacionam a saúde às questões do bem-estar alcançado a partir da alimentação saudável e da atividade física.

O perfil socialmente construído e estereotipado para os homens, segundo o qual eles são vistos como ativos, fortes e viris (STREY; NOGUEIRA; AZAMBUJA, 2010), implica que, para se conseguir o corpo ideal e, conseqüentemente, o estar bem, é preciso associar uma alimentação equilibrada aos exercícios físicos. Já entre as estudantes, a sensação de bem-estar vem mais atrelada ao alimento do que à atividade física, talvez pela preocupação com dietas para a manutenção ou busca de um corpo ideal.

As nuvens por sexo, criadas para a doença, revelam que, tanto entre homens quanto entre mulheres, as palavras mais evocadas foram 'dor' e 'mal-estar'. A terceira palavra mais evocada apresentou diferença, nestas categorias, sendo, para

os homens, 'fraqueza' e, para as mulheres, 'tristeza'. Notou-se que 'dor' foi o termo mais evocado tanto para os homens quanto para as mulheres (27 e 44 evocações, respectivamente), o que chama a atenção. Segundo o *Population Reference Bureau* – PRB, as mulheres experimentam mais a dor (YIN, 2007) e, por conta disso, usualmente as queixas dolorosas são atribuídas às mulheres, pela visão de fraqueza e fragilidade das mesmas. Talvez os homens tenham mencionado a dor pelo agravamento da sua condição de saúde, muitas vezes prejudicada pelo relutar em buscar ajuda.

O impacto da dor, segundo o sexo dos indivíduos, tem levado a grandes discussões entre os cientistas. Há diferenças quanto à intensidade e frequência de dor em relação aos homens e mulheres, de modo que estas sofrem mais, mesmo quando acometidas pela mesma doença que os homens. Alterações hormonais, fatores sociais e psicológicos podem embasar explicações sobre as diferenças entre homens e mulheres (SORDI, 2015).

Quanto à evocação masculina 'fraqueza', esta pode estar associada também à questão do estereótipo de força e virilidade. Já a tristeza, do ponto de vista das mulheres, pode ter relação com a associação que fazem entre a condição de saúde e o sentido da vida, suas alegrias e conquistas. A emancipação feminina levou ao acúmulo de tarefas e trouxe novas responsabilidades às mulheres. Quando não conseguem cumprir com suas jornadas de trabalho, que envolvem as tarefas profissionais e domésticas, além do papel de mulher e mãe, elas acabam sofrendo física e emocionalmente, por conta das responsabilidades atribuídas e adquiridas.

É notório, nas respostas dos estudantes, tanto no que diz respeito à autoavaliação do ser saudável ou doente, quanto em relação às evocações presentes nas Figuras 1 e 2, que o conceito da saúde envolve dormir bem, alimentação balanceada, práticas de atividades físicas, paz de espírito, estar de bem com a vida, ter uma família e poder se relacionar com ela, ou seja, 'equilíbrio' de todos os fatores. Em contrapartida, a doença surge como um mal-estar e um 'desequilíbrio' dos mesmos. Vê-se aí a importância dos aspectos psicológicos e sociais (saneamento básico, alimentação saudável, transporte, etc) ligados à personalidade e estilo de vida.

Os estudantes associaram à saúde, além das palavras 'alimento' e 'atividade física', outras ligadas aos fatores psicossociais, tais como 'felicidade', 'vida' e 'paz',

dentre outras (vide Figura 1). Também relacionaram a palavra ‘morte’ à doença (vide a Figura 2). Fizeram evocações, a partir desses dois conceitos, que dizem respeito a comportamentos individuais e estilos de vida (‘alimentação saudável’, ‘má alimentação’, ‘dormir’, ‘bom humor’ e ‘estresse’) (Figuras 1 e 2).

Um dado relevante trazido pelos estudantes é a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis através de ações de promoção da saúde, relacionadas com a qualidade de vida. Tais ideias estão representadas na Figura 1 pelas palavras saneamento, lazer, esporte, segurança, habitação, água, cultura, educação, informação, direito, social, dinheiro, qualidade, vida e equidade. A promoção da saúde implica educação e acesso à informação, o que pode levar a transformações e melhoria na qualidade de vida. As escolas e Instituições de Ensino Superior podem assumir tal papel, fazendo os estudantes compreenderem a saúde como direito social e desenvolverem habilidades como autocuidado, senso crítico e capacidade de decidirem e refletirem acerca da realidade que vivenciam, como afirmam Castro et al. (2014). A implementação de políticas públicas para esse público-alvo é relevante, pois a vida universitária representa momento de transformações dos vínculos sociais, de acordo com Mielke et al. (2010). É na transição da adolescência para a fase adulta que esses indivíduos, ao se depararem com o universo acadêmico, enxergam-no como oportunidade de independência, de morarem sozinhos, administrarem as finanças, etc, podendo adquirir hábitos nocivos à saúde e se tornar susceptíveis a alterações psicológicas, alimentares, dentre outras.

CONCLUSÃO

A autoavaliação da saúde tem sido um indicador amplamente utilizado pela Epidemiologia por retratar a saúde da população a partir da ótica de cada indivíduo, englobando assim os seus aspectos objetivos e subjetivos. Como já pontuado anteriormente, os conceitos de saúde e doença são complexos, subjetivos e imprecisos. A complexidade de tais conceitos foi corroborada por este estudo, no qual o número de evocações associadas livremente a estes termos (1025 para saúde e 941 para doença) não corresponderam ao esperado de 1060 palavras.

A compreensão subjetiva e individual destes conceitos permite a investigação dos diversos fatores que os estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da

UFBA, população em estudo, associam à condição de saudável ou doente. Percebe-se que estes estudantes avaliam seu estado de saúde a partir de como percebem a sua vida, aliado ao modo como os fatores sociais, culturais, psicológicos, dentre outros, interferem neste processo.

A percepção positiva da própria saúde foi mais evidente entre os participantes deste estudo, sendo a negativa proporcionalmente maior entre os indivíduos do sexo feminino, de cor de pele/etnia autodeclarada como negra ou parda, a maioria oriunda de escola privada com bolsa. Isso demonstra a relevância dos fatores sociais, econômicos e culturais na autoavaliação de saúde destes estudantes e a importância dos dados sociodemográficos para nortear a implementação e avaliação das políticas públicas. O cenário brasileiro tem apresentado um grande número de jovens, o que torna este um fator a se considerar, atendendo às demandas e necessidades destes, trazendo-lhes qualidade de vida.

No caso do presente estudo, faz-se necessário o fortalecimento das políticas dentro do espaço acadêmico, estimulando a formação de estudantes-cidadãos de modo a ampliar o bem-estar, a qualidade de vida e, conseqüentemente, os níveis de saúde, tornando-os estudantes coparticipes deste processo. Para tanto, é fundamental a criação de espaços capazes de oportunizarem aos universitários a análise de sua situação de saúde, compreendendo os fatores determinantes que favorecem ou não o processo saúde-doença, levando a informação e produzindo o debate sobre tais aspectos. Sendo assim, para que ações sejam implementadas, a aproximação ao contexto de vida dos estudantes permitirá construções coletivas, considerando as realidades de saúde no ambiente acadêmico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Saúde e o Paradigma da Complexidade**. Rio Grande do Sul: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2006.

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

ALMEIDA FILHO, N. **Origens da medicalização da saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-de-psicopatologia-sujeito-e-singularidade-lapsus/cafe-filosofico-da-cpfl-modulo-medicalizacao-fora-de-1>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: Atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S., ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva – Teoria e Prática**. 01ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2014. 13-27p.
- ANDIFES. **III Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras**. FONAPRACE. Brasília. 2011.
- ANDRADE JUNIOR H.; SOUZA M.A.; BROCHIER J.I. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, p. 43-45, 2004.
- ARRUDA, G.O.A. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p. 61-68, 2015.
- ASSIS, S.S. et al. Educação em saúde- Proposta de utilização de um modelo no ensino de ciências. **REMPEC- Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 108-120, 2010.
- AZEVEDO, G.G.C.A.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 119-127, 2012.
- BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145, set/Nov 2001.
- BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006, **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.
- BARATA, R.B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L.; Sarah ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.167-214.
- 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, 2000
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: FONSECA, A.F. (org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

BERNARDO, L.H. **Condições de saúde auto referidas da população masculina**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

BONETTI, A. O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. **Pensar a Prática**, Goiás, v.7, n.1, p. 45-58, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 nov. 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Disponível em: <<http://zip.net/bpqfpg>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

BRASIL. Rio de Janeiro. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Sistema de Seleção Unificada**. Disponível em: <http://zip.net/bltpb7>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

BRITO, A. K. A.; SILVA, F. I. C.; FRANCA, N. M. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012.

CÂMARA, A.M.C.S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd**, Rio de Janeiro, v. 36, Supl. 1, p. 40-50, 2012.

CAMARGO. B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Nota Técnica. **Periódicos eletrônicos em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.21, n. 2, p. 1-18, 2013.

CAMELO, L.V. **Status social subjetivo, autoavaliação de saúde e tabagismo. Estudo longitudinal de saúde do adulto (Elsa-Brasil)**. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v.04, n.2, p. 287-307, 1997.
- CASTRO, L.M.C. et al. Saúde, promoção da saúde e agentes multiplicadores: concepções de profissionais de saúde e de educação do município do Rio de Janeiro. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 467- 481, 2014.
- COULON. A. **A condição de estudante**: a entrada na vida universitária. Salvador: EDUFBA, 2008.
- COUTINHO, S.S. et al. Discutindo os conceitos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. **Fiep Bulletin**, v. 83 - Special Edition - Article II, 2013. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net>>. Acesso em: 14 dez. 2015.
- DALMOLIN, B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.
- DE VITA, A.; NERI, A.L.; PADOVANI, C.R. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. **Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2006.
- DOMINGUES, P.M.L. **Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados**. 2013. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- DUARTE, Teresa. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica). **CIES e Working Paper** nº 60/2009. Disponível em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf. Acesso em: 15 nov. 2015.
- ESPÍRITO-SANTO, G.; MOURÃO, L. Representações de saúde, exercício físico e lazer de jovens moradores da comunidade da Matriz. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 37, p. 28-57, 2012.
- FIGARO, R. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Revista Fronteiras**, São Leopoldo, v. 16, n.2, p. 124-131, 2014.
- FRAGA, L.S.; CARDOSO, K. M.; PFUETZENREITER, M.R. As práticas docentes e abordagem sobre zoonoses no ensino fundamental. In: **Encontro nacional de**

- pesquisa em educação em Ciências**, 7, 2009, Florianópolis. Anais... Florianópolis: ABRAPEC, 2009. Disponível em:
<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/viempec/7enpec/pdfs/500.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- FREUD, S. **Freud (1930-1936): O mal-estar na civilização e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HOLLAND, W.W. et al., ED. Measurement of levels of health. Copenhagen, **WHO Regional Office for Europe**, 1979 (WHO Regional Publications European Series, N°7).
- KANT, I. **O Conflito das Faculdades**. 1798. Tradução de Artur Morão. Covilha: LusoSofia press, 2008.
- MIELKE, G.I. et al. Atividade Física e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas. **Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n.1, p. 57-64, 2010.
- MIRANDA, V.P.N. et al. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAIS, N.A.M. **Estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores**. 2005. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- NORONHA, K.V.M.S. **A relação entre o Estado de Saúde e a Desigualdade de Renda no Brasil**. 2005. 203f. Tese (Doutorado em Economia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- OGATA, M.N.; PEDRINO, H.C. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. **Revista Ciência Médica**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 105-114, 2004.

- OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 9-15, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1948. Disponível em: < <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 15 abr. 2015.
- PALMA, A.; VILAÇA, M.M. O sedentarismo da Epidemiologia. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. Campinas, v. 31, n. 2, p. 105-119, 2010.
- PAVÃO, A.L.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: Um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.
- PERES, M.A. et al. Autoavaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.
- PETARLI, G.B. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: Um estudo em trabalhadores bancários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 787-799, 2015.
- PIMENTA, F.A. et al. Autopercepção do estado de saúde em reformados e sua associação com o uso de serviços de saúde. **Acta Med Port.**, v. 23, n. 1, p. 101-106, 2010.
- ROUQUAYROL, M.Z. Contribuição da Epidemiologia. In: WAGNER, G., MINAYO, M.C.S, AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR, M., CARVALHO, Y.M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 319-374.
- RUVIARO, L.F.; FILIPPIN, L.I. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-31, 2012.
- SANTOS, D.L.; GERHARDT, T.E. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.1, p. 129-136, 2008.
- SANTOS, A.M.A. **Causalidade entre renda e saúde**: Uma análise através da abordagem de dados em painel com os Estados e os municípios brasileiros. 2010. 140f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2012.

SANTOS, A.M.A; JACINTO, P.A; TEJADA, C.A.O. Causalidade entre renda e saúde: Uma análise através da abordagem de dados em painel com os Estados do Brasil. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, 2012.

SANTOS, C.A. **Qualidade de vida, autopercepção de saúde e de comunicação de adolescentes de 15 a 18 anos, estudantes de escolas pública e privada de Belo Horizonte/MG**. 2012. 154f. Monografia (Trabalho de Conclusão de curso). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SILVA, C.V.; VELOZO, E.S.; CUNHA, R.R. Uso racional de medicamentos versus propaganda abusiva: percepção dos educadores e impacto das ações realizadas no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia. **ANVISA caderno de textos**. 2011. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/62bafe80492de2f4b04bb314d16287af/Caderno_textos_academicos_completo_BAIXA_cs4.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 16 dez. 2015.

SILVA, R.F.; CARVALHO, A.B. Educação e modos de subjetivação no capitalismo contemporâneo: reflexões a partir de Zygmunt Bauman. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 146, p. 20-26, 2013.

SILVA, A.C.S. et al. Representações sociais de adolescentes sobre ser saudável. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. 397-409, 2014.

SISTEMA DE SELEÇÃO UNIFICADO (Sisu). Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/educacao/2011/08/sisu-seleciona-novos-alunos-para-instituicoes-publicas-de-ensino-superior>>. Acesso em 09 jun. 2016.

SOARES, G.B. et al. Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 268-73, 2011.

SORDI, J. Saiba por que homens e mulheres sentem dor em intensidades diferentes. **ZH**, Rio Grande do Sul, ago.2015. Seção Vida. Disponível em:< <http://zip.net/brtpNG>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

SOUSA. T.F. Autopercepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física no Nordeste, Bahia. **Revista Digital**, Buenos Aires,

Ano 15, n. 143, 2010. Disponível em: < <http://zip.net/bktpQV>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R (orgs). **Gênero & Saúde: Diálogos íbero-Brasileiros**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010.

TORRES, M.F.M.; CARVALHO, F.R.; MARTINS, M.D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (Supl), p. 1409-1415, 2011.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 51-68, 2015.

YIN, S. Gender disparities in health and mortality. **Population Reference Bureau**. Novembro, 2007. Disponível em: <http://www.prb.org/Articles2007/genderdisparities.aspx?p=1>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

ZANCUL, M.S. **Orientação nutricional e alimentar dentro da escola. Formação de conceitos e mudanças de comportamento**. 2008. 132 f. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2008.

2.3 ARTIGO 3

PRÁTICAS DE SAÚDE DE ESTUDANTES: A UNIVERSIDADE COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE?

STUDENTS' HEALTH PRACTICES: THE UNIVERSITY AS A SPACE FOR HEALTH PROMOTION?

RESUMO

Objetivo: identificar as práticas ligadas à saúde entre estudantes ingressantes no Bacharelado Interdisciplinar de Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de modo a colaborar para iniciativas de promoção da saúde e bem-estar na universidade. **Métodos:** pesquisa quanti-qualitativa com 211 estudantes ingressos, de ambos os sexos, no BIS em 2014. Para identificação das práticas, foi utilizado um questionário com perguntas fechadas e abertas. Os dados coletados foram analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin e dos softwares Excel e IBM SPSS. Para a comparação entre a frequência das respostas entre os sexos foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson. **Resultados e Discussão:** Entre os estudantes, as práticas mais evidentes, tanto de promoção da saúde quanto de prevenção de doença, foram atreladas ao estilo de vida, valorizando-se a alimentação saudável e os exercícios físicos. Contudo, eles apresentaram um baixo consumo de frutas, verduras e cereais, além de baixos índices de atividade física. **Considerações Finais:** As universidades são ambientes sociais com o potencial de promover, através de suas políticas e práticas, o bem-estar e a saúde de estudantes, funcionários e comunidade como um todo. É preciso, para tanto, propor programas de saúde para essa população.

Palavras chave: estudantes; educação superior; promoção da saúde; prevenção de doenças; terapêutica.

ABSTRACT

Objective: To identify the practices related to health among students entering the *Interdisciplinary Bachelor's degree in Health* (IBH) of the Federal University of Bahia (UFBA), in order to collaborate for initiatives to promote health and wellbeing at university. **Methods:** quantitative-qualitative research with 211 students, of both sexes, in the IBH in 2014. To identify the practices, a questionnaire with closed and open questions was used. The data collected were analyzed from the Bardin Content Analysis and the Excel and IBM SPSS softwares. Pearson's chi-square test was used to compare the frequency of responses between the sexes. **Results and Discussion:** Among the students, the most evident practices, both for health promotion and for disease prevention, were linked to lifestyle, valuing healthy eating and physical exercises. However, they showed low consumption of fruits, vegetables and cereals, as well as low rates of physical activity. **Final Considerations:** Universities are social environments with the potential to promote, through their policies and practices, the well-being and health of students, staff and the community as a whole. Therefore, it is necessary to propose health programs for this population.

Keywords: students; college education; health promotion; prevention of diseases; therapy.

INTRODUÇÃO

As experiências e vivências de cada indivíduo ligadas à saúde e à doença estão relacionadas ao modo como se as entende, o que reflete na adoção de práticas de saúde. Segundo Teixeira e Vilasbôas (2014), as práticas de saúde incluem, além das ações de tratamento e reabilitação, as ações de promoção da saúde (que envolvem medidas inespecíficas para melhorias das condições de vida e de trabalho, incluindo ações que subsidiem a adoção de modos de vida saudáveis) e as práticas preventivas (medidas específicas de prevenção de riscos e danos à saúde das pessoas).

A promoção da saúde tem sido alvo de discussões nos últimos anos pela ênfase atribuída ao conceito ampliado de saúde e à interferência dos diversos fatores sobre as condições de saúde da população (BUSS, 2000). Os diversos conceitos de promoção da saúde, desenvolvidos ao longo do tempo, abordam desde

a transformação dos comportamentos dos indivíduos, com foco nos seus estilos de vida, até a influência dos determinantes sociais, a saber, condições adequadas de alimentação, moradia, educação, trabalho, transporte, lazer e cuidado da saúde, ligadas à qualidade de vida das pessoas (BUSS, 2003; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; XAVIER; VASCONCELOS; SILVEIRA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu estilo de vida (EV) como a forma de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento (hábitos e costumes), os quais são determinados pelas características pessoais, interações sociais e condições de vida socioeconômicas e ambientais. Esses padrões podem ser influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo processo de socialização. Eles exercem influência importante na saúde dos indivíduos e, por isto, frequentemente são objeto de investigações (WHO, 2004).

O marco referencial da promoção da saúde foi a Carta de Ottawa (WHO, 1986), que trouxe uma definição pautada na melhoria das condições de vida e de saúde dos indivíduos, através de ações que possibilitem tanto o fortalecimento das capacidades e habilidades destes, quanto às mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas que impactam a saúde das pessoas. Essas metas são norteadas por estratégias que envolvem a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN et al., 2006; BUSS; CARVALHO, 2009).

A criação de ambientes saudáveis como estratégia para a promoção da saúde tem sido estimulada pela OMS, Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e governos (WHO, 1998; OPAS, 1996), devendo ser fruto da interlocução e pactuação entre diversos atores sociais, considerando a intersetorialidade exigida pela concepção ampliada de saúde na sua implementação e operacionalização (BUSS, 2000; TEIXEIRA, 2004; LISBOA, 2011; REGO, 2011). Neste particular, a universidade representa um espaço com potencial de promover a saúde de estudantes, trabalhadores, famílias e comunidade, visto que o processo de formação pode estimular a apreensão dos conceitos e práticas de promoção da saúde. Ou seja, é na universidade, enquanto ambiente de aprendizagem, que o estudante poderá construir valores e desenvolver práticas que influenciarão a sua saúde (MOYSES; MOYSES; KREMPEL, 2004). Morais, Mascarenhas e Ribeiro (2010)

apontam que o organismo humano pode ser afetado negativa ou positivamente pelas circunstâncias dos ambientes sócio-moral, econômico, político e religioso, dentre outros, e que os comportamentos para com a promoção e preservação da saúde são aprendidos e desaprendidos nos diferentes contextos, inclusive no âmbito da formação universitária.

Tendo tais considerações como horizonte, este artigo tem como objetivo identificar as práticas ligadas à saúde entre estudantes ingressantes no Bacharelado Interdisciplinar de Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), de modo a colaborar para iniciativas de promoção da saúde e bem-estar na universidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo quantitativo-qualitativo, do tipo descritivo, que contou com a participação de 212 estudantes matriculados no primeiro semestre do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da UFBA, em 2014. Para a coleta dos dados foi utilizado um instrumento semiestruturado, previamente testado, contendo 33 questões, subjetivas e objetivas de múltipla escolha, organizadas da seguinte forma: na primeira seção, dados sociodemográficos; na segunda, questões abertas e de múltipla escolha sobre as concepções, autopercepções e práticas dos estudantes ligadas à saúde e à doença.

De modo geral, as perguntas buscaram explorar o que os participantes entendiam sobre saúde e doença e quais medidas empregavam para mantê-la ou preveni-la, respectivamente. O questionário, que dispensa a identificação do sujeito, foi aplicado uma única vez nas dependências da instituição, em 2014, nos turnos diurno e noturno, em horário previamente pactuado com os professores. O tempo necessário para responder ao questionário foi em média de 20 minutos. Para a distinção dos participantes, foi utilizada uma codificação alfanumérica.

Neste artigo, foram analisadas quatro questões abertas relacionadas às práticas de saúde, a saber: 'Que ações você considera importantes para manter a saúde?', 'Quais dessas ações você realiza para manter a sua saúde?', 'Que ações você considera importantes para prevenir doenças?' e 'Quais dessas ações você já realizou para prevenir doenças?'. As respostas foram digitadas através do software Word e, em seguida, analisadas conforme a análise de conteúdo temática de Bardin.

Nesse tipo de análise, a partir da exploração do material coletado, são identificados subtemas que originam as categorias analíticas, a partir das quais se produzem inferências e se realiza a interpretação dos resultados (BARDIN, 2010). Os resultados foram discutidos a partir das seguintes categorias: '**Práticas ligadas às condições de vida**', que compreendem a relação entre as práticas e os determinantes sociais de saúde; '**Práticas ligadas ao estilo de vida**', que envolvem hábitos e costumes individuais; '**Práticas clínicas biomédicas**', que agregam práticas de atenção à saúde centradas no modelo biomédico; e, por fim, '**Outras práticas**', que abarcam outras formas de cuidado da saúde.

Foram consideradas, neste artigo, algumas variáveis sociodemográficas, como sexo, estado civil, orientação sexual, com quem residem os estudantes e local de nascimento. Associou-se esses dados às questões de múltipla escolha voltadas à alimentação, atividade física e outras práticas de saúde, com vistas a identificar informações significantes.

As informações das questões de múltipla escolha foram digitadas através do *software* Excel 2013, formando um banco de dados. Posteriormente, elas foram processadas e analisadas estatisticamente por meio do *software IBMSPSS Statistics* versão 22. Foi aplicado o teste de *qui-quadrado de Pearson* ($p < 0,05$) para a análise das associações entre as variáveis. Os resultados dessa análise serão apresentados aqui através de tabelas, em termos de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), tendo sido a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o parecer nº 741.183.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de estudantes presentes nos dias da coleta de dados (n=220) foram excluídos oito questionários, por não atenderem aos critérios de inclusão. Para este artigo foi também excluído um questionário, porque nele não foi declarado o sexo, sendo aqui trabalhadas as informações de 211 estudantes. Quando analisadas as informações sociodemográficas dos discentes, observou-se maior predominância de estudantes do sexo feminino (64%). Do total, 86% são solteiros, 89% se

autodeclararam heterossexuais, 72,4% residem com pais, filhos, companheiros e/ou avós e 52,4% têm suas origens em Salvador. Nas associações das respostas dos discentes com seus dados sociodemográficos, notou-se significância estatística apenas em relação à variável 'sexo'. Por isso, na presente discussão dos resultados será considerado apenas esse dado sociodemográfico.

As respostas dos estudantes sobre as práticas de promoção da saúde e prevenção da doença estão organizadas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 - Práticas de promoção da saúde segundo os estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Categorias	Ações que considera importante						Ações atreladas às condições de vida					
	Masculino		Feminino		TOTAL		Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Condições de Vida	6	7,9	15	11,1	21	9,9	3	4	5	3,7	8	3,8
Estilo de Vida	63	83	112	83	175	82,9	57	75	107	79,3	164	77,7
Biomédicas	2	2,6	3	2,2	5	2,4	3	4	4	3	7	3,3
Outras Práticas	3	3,9	2	1,5	5	2,4	2	2,6	1	0,7	3	1,4
Não souberam ou não responderam	2	2,6	3	2,2	5	2,4	11	14,4	18	13,3	29	13,8
TOTAL	76	100	135	100	211	100	76	100	135	100	211	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 - Práticas de prevenção de doença segundo os estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Categorias	Ações que considera importante						Ações atreladas às condições de vida					
	Masculino		Feminino		TOTAL		Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Condições de Vida	11	14,5	13	9,6	24	11,4	4	5	8	5	12	5,2
Estilo de Vida	45	59,2	85	63	130	61,6	50	66	88	66	138	65,7
Biomédicas	15	19,7	29	21,4	44	20,85	10	13	22	16,4	32	15,2
Outras Práticas	2	2,6	4	3	6	2,84	2	3	2	1,5	4	1,9
Não souberam ou não responderam	3	4	4	3	7	3,31	10	13	15	11,1	25	12
TOTAL	76	100	135	100	211	100	76	100	135	100	211	100

Fonte: Elaborada pelos autores.

Práticas ligadas às condições de vida

Nesta categoria, notou-se que cerca de 10% dos estudantes consideram importantes os diversos determinantes sociais para a promoção da saúde, com mais evidência entre estudantes do sexo feminino (11,1%); porém, apenas 5,2% realizam tais práticas (Tabela 1). Da mesma forma, 11,4% deles reconhecem a importância desses determinantes para a prevenção de doenças, com maior percentual entre os estudantes do sexo masculino (14,5%); entretanto, apenas 5,2% praticam ações que incidem sobre tais determinantes (Tabela 2). Há um distanciamento, portanto, entre as concepções e as práticas, tanto mais que as respostas dos estudantes apontaram que a saúde e a doença estão atreladas aos níveis de poluição, saneamento básico, políticas públicas, trabalho, acesso aos serviços de saúde, dentre outros, como atestam os fragmentos a seguir.

Práticas que efetivamente alcancem o anseio social e atenda às demandas dos indivíduos e comunidade (E62).

A junção de práticas sociais (educação, cuidado ao meio ambiente e ao meio que vivemos, boa alimentação, lazer) (E83).

O estabelecimento de políticas públicas que assegurem e mantenham o bem-estar social da população (E115).

Sabe-se que a saúde é um direito que não está atrelado apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas apresenta relação com diversos outros direitos, tais como educação, lazer, trabalho e segurança. Não basta oferecer às pessoas o atendimento nas unidades de saúde, restrito apenas ao aspecto biológico; é necessário que a saúde seja entendida de forma ampliada. A redução do número de casos de determinadas doenças não ocorre apenas pela prescrição de medicamentos; é preciso aproximar-se da realidade de cada indivíduo atendido nos serviços de saúde, considerando suas condições de vida (acesso a saneamento básico, qualidade e acesso aos alimentos, emprego e renda da família, escola e condições de moradia, por exemplo). A clareza quanto ao contexto social dos indivíduos leva a uma melhor compreensão do estado de saúde das pessoas. Esse aspecto foi ponderado pelos estudantes quando mencionada a importância do saneamento básico: “Primeiro de tudo é o saneamento básico (...) necessário para obter o mínimo de saúde” (E76).

Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), o reconhecimento das causas sociais que interferem no processo saúde/doença norteará o desenvolvimento de ações para que se possa enfrentar os problemas de saúde, combatendo as iniquidades geradas pelos determinantes sociais. A saúde é determinada socialmente pelas condições de vida e de trabalho dos indivíduos. Por conta disso, é imprescindível o desenvolvimento de ações voltadas à erradicação das causas sociais das doenças (OLIVEIRA; ESPÍRITO SANTO, 2013). Essa perspectiva foi considerada pelos estudantes a partir do momento em que foi mencionada a necessidade de implementação de políticas públicas, sejam elas sociais ou de saúde. É importante salientar que essa consciência política partiu de estudantes que estão adentrando a vida acadêmica, mas que também parte deste grupo é composta por alunos que já

cursaram outra graduação. É notório, para os participantes deste estudo, que as desigualdades sociais persistem. A má distribuição de renda, o analfabetismo, as condições precárias de habitação, as taxas de pobreza e a exclusão social traduzem-se em iniquidades em saúde (BUSS 2000, LISBOA, 2011).

Práticas ligadas ao estilo de vida

Os estudantes de ambos os sexos apontaram como relevantes suas decisões e seus hábitos em relação à preservação da saúde (82,9%), contudo suas práticas de promoção da saúde ligadas ao estilo de vida (alimentação balanceada, atividade física, entre outras) declinam para 77,7% (Tabela 1). Quanto à prevenção de doenças, 61,6% deles identificaram que é necessário “manter a prática de exercício, [...] comportamentos saudáveis como alimentação” (E127), tendo sido isto mais evidenciado pelas estudantes do sexo feminino (63%). Vale destacar que tais ações são realizadas por 65,7% dos alunos (Tabela 2).

A entrada na universidade representa um momento de transição na vida das pessoas, pois envolve questões emocionais relacionadas à adaptação às inúmeras atividades acadêmicas, ao viver longe dos pais, aumento da responsabilidade, bem como interfere nos hábitos alimentares e na frequência de atividade física, elementos do estilo de vida importantes para a promoção da saúde e prevenção de doenças, tais como diabetes, hipertensão e obesidade. Os estudantes deste estudo apontaram a importância desses fatores, como pode ser evidenciado nas seguintes respostas:

Ingestão constante de água, sucos naturais. Manter, na medida do possível, uma alimentação diversificada e em horários adequados. Praticar qualquer atividade física constantemente (E186).

Quando analisadas as respostas referentes à prática da atividade física (Tabela 3), verificou-se que 67,5% dos participantes adotavam esta prática, sendo ela mais frequente entre os homens (74%) do que entre as mulheres (64%). Essa diferença não foi estatisticamente significativa, entretanto. Os homens também

apresentaram maior frequência semanal de atividade física (4 a 5 vezes), comparado às mulheres (1 a 2 vezes). Quanto ao tempo de duração da atividade, constatou-se, entre as estudantes, que a maior frequência foi de 31 a 60 minutos (34,4%), sendo que, entre os homens, a maior frequência de tempo foi entre 61 a 80 minutos (31,8%). Vale ressaltar que houve significância estatística ($p < 0,05$) para essa diferença de tempo de duração da atividade física entre homens e mulheres.

Tabela 3 - Frequência de Atividade Física entre os estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		P ^x
	n	%	n	%	n	%	
Pratica Atividade Física							0,14
<i>Sim</i>	54	74	80	64	134	67,5	
<i>Não</i>	19	26	45	36	64	32,5	
<i>Às vezes</i>							
Pratica Atividade Física com Orientação							0,32
<i>Sim</i>	35	49,3	50	42	85	44,3	
<i>Não</i>	36	50,7	69	58	105	55,7	
Frequência de atividade física							0,28
0	0	0	3	3,2	3	1,9	
1 a 2 vezes	15	24,6	33	35,1	48	31	
3 a 4 vezes	11	18	19	20,2	30	19,4	
4 a 5 vezes	19	31,1	24	25,5	43	27,7	
5 a 6 vezes	11	18	12	12,8	23	14,8	
<i>Todos os dias</i>	5	8,2	3	3,2	8	5,2	
Tempo de atividade física							0,02
0 a 30 minutos	10	15,9	21	22,4	31	19,8	
31 a 60 minutos	15	23,8	39	41,5	54	34,4	
61 a 80 minutos	24	38,1	26	27,7	50	31,8	
81 a 120 minutos	14	22,2	7	7,4	21	13,4	
Acima de 120 minutos	0	0	1	1,1	1	0,6	

Fonte: Elaborada pelos autores.

*Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Os resultados encontrados com relação à prática de atividade física revelam que a maioria desses estudantes, em início de curso, são ativos, o que não ocorreu no estudo de Mendes et al. (2016). Esses autores observaram, entre alunos

ingressantes na universidade, uma tendência à inatividade. Talvez os discentes do presente estudo tenham sido influenciados, durante a adolescência, à prática de atividade física, considerando que, nesta etapa da vida, os jovens têm uma preocupação com a imagem corporal, face os modelos estéticos preconizados pela mídia. Para Alves et al. (2005), os hábitos de atividade física durante a infância e adolescência tendem a se manter na idade adulta.

Nesta pesquisa, a maior inatividade física das estudantes, quando comparada ao percentual dos alunos do sexo masculino, pode estar associada a fatores culturais, uma vez que há um incentivo dos meninos, desde a infância, à prática de esportes, a exemplo das escolinhas de futebol. Para Rall et al. (2012), o comportamento apresentado pelas mulheres em relação à atividade física pode ser resquício da estrutura familiar de caráter patriarcal.

Alguns estudos fazem alusão a uma maior prática de atividade física entre indivíduos solteiros e com maior renda (MOURA JÚNIOR et al., 2011; PITANGA et al., 2014). Como a maioria dos participantes do presente estudo é solteira e ativa, estes dados confirmam parte dos resultados encontrados por esses autores. Por não haver, em nosso instrumento de coleta, nenhuma solicitação de informação sobre a renda, não foi possível relacionar este aspecto à inatividade física dos universitários.

Um dado que chama a atenção é o fato de que 55,7% dos estudantes realizam atividade física sem orientação de um profissional (Tabela 3). São notórios os benefícios que a atividade física promove para a saúde das pessoas, contudo vale ressaltar que esta prática deve ser feita mediante a orientação de um educador físico. Cabe a esse profissional avaliar, orientar e prescrever exercícios de acordo com os aspectos físicos, sociais e psicológicos dos indivíduos, considerando os objetivos e as necessidades dos mesmos, para que a atividade física possa refletir na saúde (BERTOLDI, 2012).

O ingresso no ensino superior, concatenado a outras mudanças no estilo de vida, pode resultar, dentre outras coisas, em alteração dos hábitos alimentares, colocando em risco a saúde dos estudantes (TEO et al., 2014). A alimentação, de acordo com a literatura, configura-se como um dos aspectos fundamentais para a promoção e proteção da saúde (ACKERMAN, 1992; CATTAFESTA et al., 2012; BUSATO et al., 2015).

A Tabela 4 apresenta os dados percentuais de consumo de alguns grupos alimentares e água, por parte dos alunos. Observa-se que 89% dos estudantes fazem três refeições ao dia, não havendo diferença, quanto a isto, entre homens e mulheres. Chama a atenção o fato de que 13% deles moram sozinhos ou com pessoas de fora do seu contexto familiar.

Tabela 4 - Hábitos alimentares dos estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		P ^x
	n	%	n	%	n	%	
Faz 3 refeições/dia							0,87
<i>Sim</i>	65	89	109	88,6	174	88,8	
<i>Não</i>	1	1,4	3	2,4	4	2	
<i>Às vezes</i>	7	9,6	11	8,9	18	9,2	
Ingere 2 litros água/dia							0,00
<i>Sim</i>	55	72,4	63	47,7	118	56,7	2
<i>Não</i>	9	11,8	26	19,7	35	36,8	
<i>Às vezes</i>	12	15,8	43	32,6	55	26,4	
Faz refeição em casa							0,02
<i>Sim</i>	9	12,5	37	26,9	46	23,4	
<i>Não</i>	36	50	52	41,6	88	44,7	
<i>Às vezes</i>	27	37,5	36	28,8	63	32	
Traz refeição de casa							0,45
<i>Sim</i>	7	9,9	19	15,7	26	13,5	
<i>Não</i>	44	62	66	54,5	110	57,3	
<i>Às vezes</i>	20	28,2	36	29,8	56	29,2	

Fonte: Elaborada pelos autores.

*Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Em relação ao hábito de fazer refeição em casa, identificou-se que 23,4% dos estudantes o fazem, sendo isto mais comum entre as estudantes. Esse dado apresentou relevância estatística ($p < 0,05$). Busato et al. (2015) encontraram em seu estudo que 61% dos universitários faziam refeição em casa. A escolha do local e as suas características (iluminação, limpeza e conforto) podem influenciar tanto na quantidade de alimentos ingeridos quanto no prazer em desfrutá-los (BRASIL,

2014). Tais fatores podem ter influenciado as escolhas dos estudantes em realizar refeições em casa juntos aos seus familiares.

Por outro lado, considerando que 76,7% fazem, às vezes ou nunca, refeição fora de casa, nota-se que 57,3% dos estudantes não trazem refeição de casa. Como esses estudantes estão se alimentando, visto que são ingressantes na universidade e enfrentam muitas demandas acadêmicas? Como e onde buscam fazer suas refeições? O ato de alimentar-se vai além do suprimento das necessidades nutricionais. Ele possui um sentido mais amplo, pois envolve seleção, escolhas, necessidades sociais, considerando sempre a cultura, raça, qualidade dos alimentos, dentre outros aspectos (BRASIL, 2014; REZENDE et al., 2014; FARIA; RINALDI; ABDALA, 2015). A localização da universidade, a falta de tempo para realizar refeições completas, por conta das atividades acadêmicas, e até mesmo os aspectos socioeconômicos podem influenciar a escolha dos alimentos, levando os estudantes a substituírem as refeições por lanches rápidos, práticos e, muitas vezes, com alto teor calórico (FEITOSA et al., 2010). É importante destacar que Salvador apresenta, entre os homens, uma das maiores frequências no país de substituição do almoço ou jantar por lanches (BRASIL, 2015).

A implementação de restaurantes universitários com vistas à melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde dos estudantes, professores e funcionários que passam a maior parte do tempo no campus universitário é importante para as relações humanas, pois propicia um ponto de encontro para se fazer amigos, compartilhar ideias e sentimentos. Além disso, pode servir como espaço de incentivo, através da educação nutricional e da oferta e preparação adequada de alimentos, para a adesão às práticas promotoras de saúde, segundo Cattafesta et al. (2012).

No presente estudo, os estudantes consideraram importante o consumo de água, inclusive ressaltando a quantidade diária, tal como apontou o estudante E180: “[...] ingerir no mínimo 2 a 3 litros de água por dia [...]”. Ponderando essa resposta, nota-se que a maioria dos estudantes relatou consumo diário de 2 litros de água, com diferença significativa entre os sexos ($p < 0,05$), sendo isto maior entre os homens (72,4%) do que entre as mulheres (47,7%). Sabe-se que a água é um elemento essencial à vida, sendo fundamental para as atividades metabólicas (BUSATO, 2015). Contudo, conforme o Guia Alimentar para a população brasileira,

publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, a quantidade de água recomendada é aquela que o organismo pede ou de acordo com a sede de cada indivíduo (BRASIL, 2014). Partindo da frequência de atividade física, infere-se que o maior consumo de água pelos estudantes pode estar atrelado ao fato deles realizarem atividade física mais vezes na semana do que as estudantes, o que aumenta a necessidade de água... onta da elevação do calor corporal e da perda de água pela transpiração, como apontaram Carvalho e Zanardo (2010).

Os estudantes destacaram como prática de promoção da saúde e prevenção de doenças “ter uma alimentação regular e bem balanceada [...]” (E187). Percebe-se, contudo, que cerca de 70% deles não busca a orientação de nutricionistas quanto ao que consumir diariamente, não havendo, quanto a isto, diferença significativa entre os sexos (Tabela 5). As mudanças nutricionais que vêm ocorrendo na atualidade têm levado ao declínio da desnutrição, mas, em contrapartida, têm contribuído para o aumento do sobrepeso /obesidade e da hipertensão e diabetes (MADUREIRA et al., 2009). O profissional da nutrição é um dos responsáveis pela promoção de práticas alimentares saudáveis.

Tabela 5 - Consumo alimentar por estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		p ^x
	n	%	N	%	n	%	
Acompanhamento por Nutricionista							0,7
<i>Sim</i>	14	18,9	21	15,8	35	16,9	
<i>Não</i>	51	68,9	91	68,4	142	68,6	
<i>Às vezes</i>	9	12,2	21	15,8	30	14,5	
Consumo de alimento com alto teor de sal							0,013
<i>Sim</i>	17	22,7	12	9,1	29	14	
<i>Não</i>	40	53,3	93	70,5	133	64,3	
<i>Às vezes</i>	18	24	27	20,5	45	21,7	
Consumo de alimento com alto teor de açúcar							0,62
<i>Sim</i>	19	25,7	27	20,5	46	22,3	
<i>Não</i>	35	47,3	63	47,7	98	47,6	

continua...

Às vezes	20	27	42	31,8	62	30,1	
Consumo de frutas							0,46
<i>Sim</i>	9	11,8	13	9,8	21	10,6	
<i>Não</i>	40	52,6	81	61,4	121	58,2	
Às vezes	27	35,5	38	28,8	65	31,3	
Consumo de cereais							0,57
<i>Sim</i>	27	37	55	44,7	82	41,8	
<i>Não</i>	19	26	28	22,8	47	24	
Às vezes	27	37	40	32,5	67	34,2	
Consumo de carne vermelha							0,63
<i>Sim</i>	21	29,6	37	30,1	58	29,9	
<i>Não</i>	19	26,8	32	26	51	26,4	
Às vezes	31	43,5	54	43,9	85	43,7	
Consumo de alimentos gordurosos							0,07
<i>Sim</i>	12	16,7	8	6,5	20	10,3	
<i>Não</i>	32	44,4	62	50,4	94	48,2	
Às vezes	28	38,9	53	43,1	81	41,5	
Consumo de verduras							0,8
<i>Sim</i>	39	54,2	66	53,2	105	53,6	
<i>Não</i>	10	13,9	14	11,3	24	12,2	
Às vezes	23	31,9	44	35,5	67	34,2	

Fonte: Elaborada pelos autores.

* Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Os estudantes pontuaram, em suas respostas, sobre “[...] não usar muito sódio e/ou açúcar (E100)”. A Tabela 5 também apresenta as informações sobre o consumo de grupos alimentares pelos discentes. Nota-se que 64,3% dos estudantes afirmaram que não consomem alimentos com alto teor de sal. Porém, quando comparados por sexo, tem-se um consumo maior entre homens (22,7%) do que entre as mulheres (9,1%).

O consumo de frutas é importante para a promoção da saúde, considerando suas propriedades nutricionais. Em nosso estudo, um dado que chama a atenção, e é objeto de preocupação, é o baixo consumo de frutas pelos estudantes (10,6%),

dentre os quais 11,8% são homens e 9,8% são mulheres. Esse consumo é também irregular entre 31,3% dos estudantes (Tabela 5).

Um baixo consumo de frutas foi encontrado por Perez (2016) em seu estudo com universitários cotistas e não cotistas de uma universidade pública. Em seu estudo os estudantes cotistas apresentaram um consumo de frutas menor do que os não cotistas, apontando para uma associação entre nível socioeconômico e práticas alimentares. Alguns autores correlacionam ainda o baixo consumo de frutas a fatores como falta de tempo dos estudantes para alimentar-se de forma mais saudável, levando-os ao consumo de lanches rápidos e pouco nutritivos, por conta da rotina acadêmica (RESTREPO B., URANGO M., DEOSSA R., 2014). Vale ressaltar, entretanto, que os participantes do nosso estudo são ingressantes na universidade e que a aplicação do questionário se deu no início do primeiro semestre, momento no qual os estudantes ainda não estão “mergulhados” em demandas acadêmicas. Esse fato é preocupante, pois revela que o estudante já adentra a universidade com um consumo baixo de frutas.

O consumo de verduras foi sinalizado por 53,6% dos estudantes (Tabela 5), a exemplo da resposta de um dos estudantes (E45): “tento ter uma alimentação balanceada, utilizando frutas e verduras [...]”. Observou-se que 41,8% dos estudantes fazem consumo regular de cereais, 34,2% não os consome regularmente e 24% não os consome. O consumo de carne vermelha foi regular entre 29,9% dos alunos, sendo esta ingesta irregular entre 43,7% deles. Em relação a esses alimentos, não houve diferença significativa entre os estudantes por sexo.

Nota-se um baixo consumo de verduras entre eles, visto que 91 estudantes (46,8%) não as consomem ou apresentam um consumo irregular (Tabela 5). Trata-se de um dado preocupante, considerando os valores nutricionais desses alimentos. Os legumes e as verduras são fonte de vitaminas, sais minerais, fibras e apresentam baixo conteúdo energético. O seu consumo deve ser diário, uma vez que diminui o risco de doenças crônicas como diabetes, obesidade, hiperlipidemias e hipertensão.

Há controvérsias na literatura quanto à diferença no consumo de frutas e verduras entre homens e mulheres; uns apontam ser mais presente entre os homens (GRUNBAUM et al., 2002) enquanto outros, entre as mulheres (NEUMARK-SZTAINER et al., 1996; STABLES et al., 2002). Em nosso estudo, não houve diferença significativa do consumo desses alimentos entre os estudantes por sexo.

O consumo insuficiente de frutas, verduras e legumes constitui um dos fatores de risco para o aumento da taxa de mortalidade, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde (BIGIO, 2011). O baixo consumo de frutas e verduras também foi evidenciado em outros estudos com universitários das áreas da saúde, exatas e humanas (FEITOSA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2015).

O consumo de cereais é baixo entre os estudantes deste estudo, implicando a ingesta de carboidratos complexos, utilizados na produção de energia pelo corpo. O consumo regular de cereais integrais contribui para a redução do risco às doenças coronárias, do colesterol, melhora a produção de insulina, bem como ajuda no funcionamento intestinal. Infelizmente, as pessoas acabam consumindo esse alimento em sua forma refinada, aumentando os índices glicêmicos e triglicérides, levando-as à obesidade.

Como forma de prevenção de doenças, os estudantes trouxeram a necessidade de evitar certos alimentos, tal como mostra a resposta a seguir: “[...] evito muito de ingerir alimentos gordurosos e guloseimas” (E49). No quesito relacionado ao consumo de gorduras (Tabela 5), nota-se que 48,2% dos estudantes não fazem uso deste tipo de alimento, 10,3% o fazem e 41,5% o consomem irregularmente, sendo este consumo maior entre os estudantes (16,7%) do que entre as mulheres (6,5%). O consumo de gorduras contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas e está relacionado a outros hábitos alimentares não saudáveis. Rombaldi et al. (2014) relataram que indivíduos que consomem alimentos gordurosos têm uma tendência a um consumo maior de bebidas açucaradas.

O consumo de refrigerantes, gorduras saturadas e alimentos processados aumentou nas últimas décadas entre adolescentes e adultos (ZANINI et al., 2013), contribuindo com o sobrepeso e a obesidade, além de diversas doenças crônicas. Os dados encontrados no presente estudo diferiram do encontrado por esses autores com adolescentes nordestinos, visto que o consumo de refrigerantes foi menor entre os estudantes do BIS. No que tange ao consumo de alimentos com alto teor de açúcar, 47,6% dos estudantes relataram não os consumir e 30,1% apresentaram um consumo irregular (Tabela 5). Estudos apontam para uma predileção por doces entre as mulheres, seja por conta das variações de paladar, como pela influência das fases do ciclo menstrual (BARBOSA; LIBERALI;

COUTINHO, 2010). Contudo, no presente estudo, o consumo maior foi entre os estudantes do sexo masculino (25,7%), em comparação ao das mulheres (20,5%).

Sabe-se que jovens e adultos têm incluído, no seu dia a dia, alimentos ricos em gordura e de elevado conteúdo calórico, incluindo *fast foods* e frituras. A praticidade e o baixo custo desses alimentos é um chamariz para quem está envolvido com o corre-corre da vida acadêmica. Trocar o almoço por coxinhas e lasanhas prontas já é algo habitual.

Os participantes do nosso estudo não apresentaram um consumo elevado de carne vermelha, sendo isto evidenciado, regularmente, apenas entre 29,9% dos estudantes (Tabela 5). A carne, sobretudo a vermelha, ocupa o topo na hierarquia alimentar (RIBEIRO; CORÇÃO, 2013). A carne apresenta algumas simbologias, sendo seu consumo associado ao status, costume familiar e necessidade biológica (BARROS; MENESES; SILVA, 2012). O consumo desse alimento ora é exaltado por suas propriedades nutricionais, ora é relacionado a um maior risco às doenças como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. Esse aspecto não saudável da carne acaba influenciando as pessoas a optarem por alterações no padrão alimentar, como, por exemplo, a adoção de práticas vegetarianas, tal como informa o estudante E106: “mantenho uma alimentação saudável (sou vegetariano)”. Ribeiro e Corção (2013) discutem as razões éticas, estéticas e biológicas do consumo da carne vermelha. Para esses autores, basear-se nas diversas ideologias e simbologias faz com que as pessoas se tornem e se classifiquem como vegetarianas. O estudante de nosso estudo, ao se posicionar assim, pode ter levado em conta os direitos dos animais, a não aceitação do uso destes para experimentos ou para consumo.

Os estudantes apresentaram como prática de preservação da saúde “evitar uso de drogas ou ingerir bebida alcoólica [...]” (E169). Contudo, não foi possível avaliar o consumo dessas substâncias pelos estudantes, pela falta de abordagem do tema no questionário.

As relações humanas e as redes de apoio são elementos que integram os determinantes sociais de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Segundo o poeta inglês John Donne, “Ninguém é uma ilha”. Viver socialmente é inerente ao ser humano, que empreende a busca por amigos, pelo fortalecimento das relações familiares e por um ambiente de trabalho agradável, que tenha por base uma boa convivência com os colegas. Nos dias de hoje, com o advento da tecnologia, o uso

de aplicativos, dentre outros mecanismos, está promovendo, até mesmo, encontros virtuais. Os vínculos familiares e sociais são considerados, portanto, como elementos fundamentais para a qualidade de vida das pessoas (ARAUJO et al.; 2012).

Os estudantes também consideraram relevante para o bem-estar espiritual e, conseqüentemente, para a sua qualidade de vida o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, bem como com as pessoas que o cercam e com a natureza. É preciso considerar, nas práticas de saúde, todas as questões que envolvem os aspectos subjetivos dos indivíduos, a importância da boa convivência, da amizade, da família, dentre outros fatores, como apontaram os estudantes.

[...] se sentir bem no ambiente em que vive, se aceita quanto a gênero e sexualidade [...] (E79).

[...] Tenho um estado mental e relacionamentos inter e intrapessoais estáveis (boas relações com familiares, amigos e outros) (E47).

[...] uma família que te apóia [...] (E86).

[...] bons relacionamentos, aceitar [respeitar] as pessoas como elas são (E202).

A amizade traz benefícios tanto para a saúde mental como física. A união das pessoas rompe as fronteiras do preconceito, do orgulho, do mau humor, promove a alegria, resiste ao tempo e à distância. É nessa relação com o outro que surgem as indagações, as análises de atitudes, bem como a motivação e o apoio. Realizar caminhadas e consumir alimentos saudáveis são hábitos que podem ser fruto dos laços afetivos, da influência que um indivíduo exerce sobre o outro.

Quanto ao local de moradia, observa-se que 72,4% dos estudantes residem com pais, filhos, companheiros e/ou avós. O contexto familiar é importante para o bem-estar das pessoas, uma vez que é neste ambiente que elas encontram, na maioria das vezes, o apoio para o enfrentamento das diversas situações com que se deparam, caracterizando-se como um 'porto seguro'. O apoio familiar na nova situação de vida de adentrar a universidade tende a contribuir com a adaptação do estudante a este novo ambiente, através do apoio emocional e do diálogo. Já que,

em nosso estudo, o quantitativo de estudantes que residem com seus familiares é maior que o percentual de estudantes naturais de Salvador (52,4%), pode-se inferir que as famílias promovem um arranjo de modo a que os estudantes tenham a companhia de familiares na sua trajetória acadêmica.

A saída da casa dos pais para entrar na universidade é algo previsível no ciclo vital dos indivíduos. Neste estudo, 20,5% dos alunos residem com outras pessoas, tendo alguns participantes sinalizado a moradia em residência universitária ou com outros parentes. Essa transição para o ensino superior exige o enfrentamento de situações nos âmbitos acadêmico, social, pessoal e vocacional, sendo entendida como um processo complexo e multidimensional, que envolve aspectos intrapessoais e contextuais. Nesse sentido, as universidades precisam acolher o estudante universitário, lhes dando condições que possibilitem o seu desenvolvimento (CERVINSKI; ENRICONE, 2012). Segundo estudo realizado por Ferraz e Pereira (2002), quanto menos o jovem universitário adaptar-se à universidade em virtude das expectativas, maior será sua necessidade de retornar à casa dos pais. Isso poderá causar, nos estudantes, mal-estar psicológico e físico, potencializando a ansiedade, solidão e depressão, podendo ainda se refletir no rendimento acadêmico e, até mesmo, elevar os índices de abandono da universidade (COULON, 2008; SEQUEIRA et al., 2013). As estudantes perceberam que “[...] estar psicologicamente bem” (E17) é importante para a preservação da saúde.

Nessa direção, a universidade pode criar mecanismos, ações e espaços que promovam a integração social, desenvolvam aptidões, fomentem comportamentos saudáveis, introduzam ou reforcem hábitos para uma maior qualidade e satisfação com a vida, minimizem a vulnerabilidade e promovam a saúde mental, tais como praças, espaços para atividade física ou, até mesmo, espaços institucionais com vistas ao apoio psicológico, tanto para estudantes quanto para trabalhadores.

Segundo Cardozo e Silva (2014), o processo de interação humana é complexo. Em meio às relações pessoais, as pessoas se deparam com a pluralidade social, em que pessoas com as mais diferentes características físicas e psicológicas, e distintos valores culturais e religiosos convivem entre si. Para as autoras, a forma como as pessoas lidam com essa diferença tem forte influência sobre a vida em grupo, os processos de comunicação e as relações interpessoais. Nos dias atuais, a

intolerância, a violência e o preconceito estão espalhados e noticiados pelos quatro cantos do mundo. O ataque a igrejas das comunidades negras nos Estados Unidos, a guerra entre torcidas, o massacre diário de palestinos e judeus, a violência desmedida contra casais homoafetivos e pessoas transgêneras são alguns exemplos do que vem sendo vivenciado diariamente. As diferentes ou contrárias opiniões acabam resultando em ameaças, perseguições e agressões.

É importante frisar que os estudantes reconhecem a relação entre respeito e saúde, também estabelecida nas questões de orientação sexual e identidade de gênero. Entre os participantes deste estudo, 89% se autodeclararam heterossexuais, 7% gays, 3% bissexuais e 1% não se reconheceu como nenhuma das denominações. Abdo e Guariglia-Filho (2004) afirmam que a abordagem da sexualidade é imprescindível para a existência das pessoas. Ela está presente no âmbito das relações interpessoais como nas intrapessoais, que envolvem a subjetividade, a relação consigo mesmo, interferindo nos modos de ser, de ver e de se revelar para a sociedade. Quando o estudante que se declarou como gay mencionou a relevância de se aceitar quanto à sexualidade e gênero, ressaltou que a relação consigo mesmo, assim como as relações interpessoais, podem acarretar sofrimento e, conseqüentemente, adoecimento.

Como este estudo foi realizado com estudantes de uma graduação da área da saúde, compreender de que forma eles consideram as questões ligadas às relações humanas implica reconhecer a influência destes aspectos na sua saúde e futura prática profissional. Formozo et al. (2012) apontam para a importância das relações interpessoais no cuidado em saúde, considerando os diferentes comportamentos sociais em cada contexto e cultura. Para esses autores, esse cuidado vai além dos procedimentos técnicos. A impessoalidade das técnicas e a abordagem mecanicista acabam por distanciar a pessoa cuidada do seu cuidador. É preciso, sim, interagir, incluir os princípios humanísticos, considerar as experiências, respeitar as crenças e culturas, perceber que as práticas profissionais de cuidado circunscrevem questões complexas e multifacetadas, necessitando, também, de aportes teóricos interdisciplinares.

O despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades inerentes às escolhas sexuais é apontado como um dos principais motivos que levam à menor procura dos serviços de saúde por pessoas homossexuais, por

exemplo (CARDOSO; FERRO, 2012). Nessa perspectiva, é importante que as discussões sobre a sexualidade, as políticas públicas, as culturas e as crenças já se iniciem na graduação, de modo que os futuros profissionais sejam qualificados para prestar serviços nas diversas áreas, garantindo, assim, o direito à saúde de todas as pessoas.

Práticas clínicas biomédicas

Os estudantes consideraram como elementos importantes para a promoção da saúde (2,4%), com pequena diferença entre os sexos, e para a prevenção de doenças (20,85%), mais evidente entre os estudantes do sexo feminino (21,4%), o papel do médico, a identificação dos agentes patológicos, os aspectos biológicos e fisiológicos ligados à saúde e à doença (Tabelas 1 e 2). Quanto às práticas de promoção da saúde, 3,3% dos estudantes afirmaram realizar exames e usar medicamentos, tendo sido isto mais evidente entre os do sexo masculino (Tabela 1). Em relação às ações preventivas, verifica-se uma redução das práticas biomédicas, quando se compara o quanto eles as consideram como importantes (20,85%) e o quanto de fato as praticam (15,2%) (Tabela 2). As respostas a seguir exemplificam a presença dessas práticas no universo desses estudantes:

Fazer exames regularmente [...] conhecer as doenças (E20).

Estar constantemente fazendo visitas ao médico, checando a saúde e o andamento das funções biológicas [...] (E134).

[...] Estar atento aos sinais do corpo, fazer exames [...] (E167).

A valorização das práticas biomédicas é evidenciada entre os estudantes a partir do momento em que mencionam visitas ao médico, valorização dos sinais e sintomas. Essas práticas são fundamentadas no saber biomédico, na visão biológica e mecanicista do ser humano e focalizadas nas ações curativas e preventivas das doenças. Entre os participantes desta pesquisa, a busca por atendimento médico e/ou profissional de saúde em caso de doença foi apontada por 94% dos estudantes (Tabela 6).

Tabela 6 - Práticas de saúde biomédicas dos estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		P ^x
	N	%	n	%	N	%	
Vai ao médico / profissional de saúde quando doente							0,99
<i>Sim</i>	71	94,7	124	94,7	195	94	
<i>Não</i>	4	5,3	7	5,3	11	6	
Usa medicamento em geral							0,33
<i>Sim</i>	49	68,1	96	74,4	145	72,1	
<i>Não</i>	23	31,9	33	25,6	56	27,9	
Usa medicamento em geral com prescrição							0,59
<i>Sim</i>	48	72,7	87	76,3	135	75	
<i>Não</i>	18	27,3	27	23,7	45	25	
Usa medicamento em geral sem prescrição							0,13
<i>Sim</i>	40	64,5	79	75,2	119	71,3	9
<i>Não</i>	22	35,5	26	24,8	48	28,7	
Pratica automedicação quando doente							0,8
<i>Sim</i>	53	70,7	87	69	140	68,3	
<i>Não</i>	22	29,3	39	31	62	31,7	

Fonte: Elaborada pelos autores.

^x Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

De acordo com Moraes (2012), na prática biomédica, além da determinação biológica, há uma normatização vertical, cabendo ao médico o papel de detentor do conhecimento e ao paciente, fragmentado e sem autonomia, aceitar as decisões acerca do seu tratamento que, muitas vezes, diferem do modo com que percebe a doença. As concepções divergentes entre profissionais de saúde e usuários podem prejudicar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, levar ao seu insucesso. A aproximação das linguagens e concepções, por sua vez, potencializa o cuidado, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida.

Nota-se que os estudantes valorizam a tecnologia e os exames na definição do diagnóstico e prognóstico. O desenvolvimento e o domínio da tecnologia pelo saber biomédico oferecem subsídios que embasam os argumentos dos profissionais de saúde. São os resultados dos exames e os laudos que norteiam as condutas

deles e fazem com que os indivíduos considerem a condição revelada pelos exames como sendo a sua. Assim, muitas pessoas que buscam atendimento são influenciadas pela importância e poder dos exames complementares, que as levam a associar a solicitação destes exames à qualidade do profissional.

Outro fator que merece ser discutido é o uso de medicamentos. Os estudantes apontaram para esta prática tanto na preservação da saúde, quanto na prevenção de doenças: “As mesmas coisas para manter uma boa saúde. Alimentação regular, cuidado do corpo, uso de medicamentos” (E78). Reflexo desse posicionamento ocorre nos altos índices de venda indiscriminada de medicamentos no Brasil, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), já chegam a 32 mil por ano (JESUS; YOSHIDA; FREITAS, 2013). São muito comuns nas farmácias e drogarias do país as promoções desses produtos, o pacote “leve três e pague dois”, assim como a sua oferta pelos balconistas. A quem nunca foi oferecido suplemento vitamínico? Não está precisando de algo mais? Esta prática tem tornado o Brasil um dos maiores consumidores de medicamentos, ocupando a quinta posição no mundo e o primeiro lugar na América Latina (IURAS et al., 2016).

Não se pode deixar de considerar as contribuições dos medicamentos para a melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Os coquetéis antirretrovirais, por exemplo, trouxeram transformações significativas no modo como os soropositivos passaram a conduzir suas vidas, lhes permitindo maior tempo e qualidade de vida, mesmo diante dos efeitos colaterais das substâncias (VIEIRA; CARVALHO, 2010). Porém, o que não pode ocorrer é o uso indiscriminado de medicamentos, que pode causar danos à saúde, como os provenientes da intoxicação medicamentosa.

Quando os estudantes desta pesquisa foram inquiridos quanto ao uso de medicamentos em geral, 72,1% responderam realizar tal prática (Tabela 6). O alto consumo de remédios por acadêmicos da área da saúde também foi encontrado pelo estudo de Iuras et al. (2016). No presente estudo, comparando esse consumo entre os alunos, por sexo, não foi observada diferença significativa, embora tenha sido maior o uso de medicamentos entre as estudantes (74,4%) do que entre os homens (68,1%). Esse resultado difere do encontrado por Jesus, Yoshida e Freitas (2013) num estudo de revisão de literatura, com acadêmicos de farmácia, medicina e odontologia, de várias instituições de ensino superior no país. Nessa revisão de

literatura observou-se que enquanto, em alguns estudos, a automedicação foi mais frequente entre pessoas do sexo feminino, em outros isto foi menos evidente.

Quando perguntados sobre se o uso de medicamentos, em geral, era com prescrição médica, 75% responderam que sim. Os acadêmicos afirmaram que é preciso “[...] usar medicamentos sob acompanhamento médico [...]” (E169). Contudo, 68,3% se automedicavam, o que parece apontar para uma distância entre o que os estudantes concebiam e o que eles praticavam. Para as duas categorias analisadas (uso de remédios com e sem prescrição médica), não houve grande diferença entre os estudantes por sexo. Isso parece estar ligado ao conhecimento acerca do medicamento, em ambos os sexos, seja pelo uso frequente, prescrição anterior, falta de tempo de procurar um médico ou impedimentos financeiros (AQUINO; BARROS; SILVA, 2010).

A escolha da terapêutica adequada, os esclarecimentos sobre a posologia, dosagens e possíveis efeitos adversos cabem aos profissionais de saúde. O conhecimento dessas informações pode, até mesmo, interferir na adesão ao tratamento. No Brasil, 35% dos medicamentos comprados em farmácias e drogarias são oriundos da automedicação (PINTO; FERRE; PINHEIRO, 2012), sendo o consumo maior nas regiões mais carentes da região nordeste do país. Porém, tal prática não ocorre apenas em classes menos favorecidas, fazendo-se presente entre indivíduos com maiores renda e nível de escolaridade, talvez por acreditarem possuir conhecimento suficiente para realizá-la, como aponta Figueiras, Caamaño e Gestal-Otero (2000).

A automedicação é, portanto, o consumo de medicamentos sem a orientação ou prescrição de um profissional de saúde, decidido pelo próprio indivíduo para tratar sua doença ou aliviar seus sintomas (PAN et al., 2012). Quem nunca tomou uma medicação indicada por um familiar, com base em sua experiência anterior? Ou influenciado pelo conhecimento prévio sobre o medicamento utilizado em determinados casos? Ou até mesmo pela influência comercial das campanhas publicitárias? São inúmeros os motivos que levam as pessoas a se automedicarem. A dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, a falta de fiscalização dos órgãos competentes e os interesses comerciais são alguns deles. A OMS considera a automedicação, sobretudo em países pobres, como uma necessidade que complementa o tratamento de diversas doenças, justamente por conta da

precariedade do sistema público de saúde. Por tal motivo, publicou diretrizes que norteiam a utilização segura de medicamentos através da automedicação. Para tanto, eles precisam ser confiáveis, seguros e de fácil administração pelo indivíduo (WHO, 2010).

Apesar dessa consideração da OMS sobre a automedicação, a aquisição de medicamentos deveria seguir orientações de profissionais habilitados, pois o uso indevido dos mesmos pode levar a efeitos deletérios à saúde do indivíduo. A sintomatologia das doenças muitas vezes se assemelha: febre, dores de cabeça e no corpo podem representar apenas um resfriado, cujos sintomas são aliviados por antitérmico e analgésico. Todavia, o quadro sintomático também pode significar uma doença para a qual uma determinada medicação pode agravar a situação de saúde do indivíduo.

Outras práticas

Outras práticas de promoção da saúde foram consideradas como importantes por 2,4% dos estudantes, mais apontadas entre os do sexo masculino, sendo que, de fato, estas eram praticadas por apenas 1,4% deles, com maior presença também entre os estudantes do sexo masculino (2,6%) (Tabela 1). No que se refere à prevenção da doença, elas foram evidenciadas por 2,84% dos estudantes e praticadas por 1,9%, sendo que, para o sexo masculino (3%), foram o dobro em relação às do sexo feminino (1,5%) (Tabela 2). Essas outras práticas compreendem desde métodos usados no campo da Fisioterapia (como Pilates e Reeducação Postural Global) até outras racionalidades não biomédicas, como as práticas integrativas e complementares, as religiosas e populares. Dentre essas, observou-se que cerca de 60% dos estudantes não utilizam as práticas integrativas (Tabela 7), sendo as mais utilizadas a massagem (28,7%), homeopatia (19,6%), fitoterapia (15,9%), pilates (13,7%) e acupuntura (11,9%). As práticas religiosas ligadas à saúde não foram muito evidenciadas pelos estudantes, pois tanto a cirurgia espiritual, quanto o banho de folha, as rezas e rituais religiosos de cura apresentaram baixa frequência entre os mesmos.

Tabela 7- Outras Práticas de saúde dos estudantes do BIS/UFBA, 2014.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		P ^x
	n	%	n	%	n	%	
Utiliza Práticas Integrativas							0,15
<i>Sim</i>	24	33,8	54	44,3	78	40,2	
<i>Não</i>	47	66,2	68	55,7	116	59,8	
Massagem							0,203
<i>Sim</i>	15	23,1	35	32,1	50	28,7	
<i>Não</i>	50	76,9	74	67,9	124	71,3	
Cirurgia Espiritual							0,558
<i>Sim</i>	6	9,4	7	6,9	13	7,8	
<i>Não</i>	58	90,6	95	93,1	92,3	92,2	
Fitoterapia							0,664
<i>Sim</i>	9	14,3	17	16,8	26	15,9	
<i>Não</i>	54	85,7	84	83,2	138	84,1	
Pilates							0,037
<i>Sim</i>	4	6,5	19	17,9	23	13,7	
<i>Não</i>	58	93,5	87	82,1	145	86,3	
Acupuntura							0,053
<i>Sim</i>	3	4,7	17	16,3	20	11,9	
<i>Não</i>	61	95,3	86	82,7	147	87,5	
Banho de Folhas							0,339
<i>Sim</i>	8	12,3	8	7,8	16	9,6	
<i>Não</i>	57	87,7	94	92,2	151	90,4	
Terapia Floral							0,429
<i>Sim</i>	4	6,3	10	9,9	14	8,5	
<i>Não</i>	59	93,7	91	90,1	150	91,5	
Yoga							0,247
<i>Sim</i>	3	4,8	10	9,9	13	8	
<i>Não</i>	59	95,2	91	90,1	150	92	
Danças Circulares							0,611
<i>Sim</i>	2	3,2	2	2	4	2,4	
<i>Não</i>	60	96,8	100	98	160	97,6	
Homeopatia							0,421
<i>Sim</i>	10	16,4	22	21,6	32	19,6	
<i>Não</i>	51	83,6	80	78,4	131	80,4	
Termalismo Social/Crenoterapia							0,717
<i>Sim</i>	1	1,6	1	1	2	1,2	
<i>Não</i>	60	98,4	100	99	160	98,8	
Rezadeira							0,906
<i>Sim</i>	4	6,5	7	6,9	11	6,7	

continua...

<i>Não</i>	58	93,5	94	93,1	152	93,3	
RPG							0,458
<i>Sim</i>	7	11,3	8	7,8	15	9,1	
<i>Não</i>	55	88,7	94	92,2	149	90,9	
Cromoterapia							0,912
<i>Sim</i>	2	3,3	3	3	5	3,1	
<i>Não</i>	59	96,7	98	97	157	96,9	
Uso de Cristais							0,295
<i>Sim</i>	2	3,3	1	1	3	1,9	
<i>Não</i>	59	96,7	100	99	159	98,1	
Hidroterapia							0,421
<i>Sim</i>	5	8,1	5	5	10	6,1	
<i>Não</i>	57	91,9	96	95	153	93,9	
Rituais Religiosos de Cura							0,644
<i>Sim</i>	5	7,9	6	6,1	11	6,8	
<i>Não</i>	58	92,1	93	93,9	151	93,2	

Fonte: Elaborada pelos autores.

* Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

A explicação sobre a realidade de saúde, bem como a forma de intervir sobre ela, tem levado ao pressuposto da existência de duas racionalidades distintas, uma hegemônica na sociedade contemporânea, voltada à ciência médica moderna, e outra representada pela medicina tradicional, que faz elo com a tradição oriental (TELESI JÚNIOR, 2016). Essas duas racionalidades já se encontram presentes nas práticas de saúde dos indivíduos, inclusive entre os estudantes deste estudo, como pode ser visto na seguinte resposta de um deles: “(...) meditação, exames periódicos, equilíbrio emocional (...)” (S202). O crescimento da adesão às novas práticas terapêuticas tem suscitado discussões no mundo científico (SOUZA; LUZ, 2009). O que tem levado as pessoas a buscarem formas alternativas de tratamento? Alguns estudiosos apontam que o modelo biomédico isolado não consegue abarcar a complexidade dos problemas de saúde da população, uma vez que desconsidera os fatores socioculturais do processo saúde-doença. Além disso, nas práticas biomédicas o indivíduo não é visto sob a ótica da integralidade, sendo este um dos motivos pelos quais as pessoas têm incorporado as práticas da medicina tradicional (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

A sociedade vem legitimando de forma progressiva as práticas integrativas e complementares. Uma prova disso é a incorporação delas pelo Sistema Único de Saúde através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, criada em 2006. Através dessa Política, o indivíduo passou a ser considerado de forma global, com respeito à sua singularidade no modo de explicar sua saúde e seu adoecer (BRASIL, 2006). Contudo, o que pode ser observado por meio dos resultados deste estudo é que essas práticas não são muito evidenciadas pelos estudantes, seja, talvez, pela falta de acesso a elas, seja pelo desconhecimento dos seus efeitos e de sua oferta nos serviços públicos de saúde ou, até mesmo, devido à hegemonia das práticas biomédicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise dos dados, foi possível observar que as universidades são ambientes sociais com o potencial de promover, através de suas políticas e práticas, o bem-estar e a saúde de estudantes, funcionários e comunidade como um todo. Os estudantes participantes deste estudo citaram práticas que tanto beneficiam quanto prejudicam sua saúde. Devido ao fato de estarem ingressando na universidade e de ainda não estarem envolvidos com muitas demandas acadêmicas, seus hábitos e estilos de vida saudáveis podem ainda não ter sido modificados.

Quando os estudantes adentram o ambiente acadêmico, trazem consigo seus costumes, valores, crenças, práticas etc., que podem interferir na sua saúde. Se a universidade desenvolve políticas saudáveis e planejamento sustentável, cria ambientes saudáveis de trabalho, suporte social e cuidados primários em saúde, encorajando a ampliação do interesse acadêmico pela promoção da saúde e o desenvolvimento de parcerias com a comunidade, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A presença do restaurante universitário (RU) na UFBA, como parte integrante das ações de Assistência Estudantil, já representa um caminho que pode levar para a promoção da saúde e de práticas alimentares saudáveis daqueles que a frequentam, uma vez que é seu dever fornecer refeições nutricionalmente balanceadas, com oferta de frutas, hortaliças cruas, arroz branco e integral, feijão e

vegetais cozidos, garantindo aos estudantes universitários melhores condições para sua permanência e conclusão da formação.

Os baixos índices de atividade física entre os estudantes demonstram a necessidade de incentivo à prática de atividade física no dia a dia dessa população, assim como de implementação de políticas públicas, seja através da criação de espaços e ações, como as campanhas informativas com o intuito de conscientizar sobre a importância e os benefícios do comportamento ativo.

Mesmo que 72,4% dos estudantes residam com familiares, este convívio não influenciou por completo seus hábitos alimentares, uma vez que os alunos apresentaram um baixo consumo de frutas, verduras e cereais. Isso reforça o papel do ambiente universitário na promoção da saúde dos estudantes, o que, conseqüentemente, repercute sobre a família deles.

As novas demandas acadêmicas, a necessidade de adaptação ao ambiente universitário e as escolhas ao longo do processo de formação muitas vezes acabam interferindo no bem-estar dos estudantes, causando-lhes dor, conflito e sofrimento. No caso do BIS, ao finalizar o período de 3 anos do curso, grande parte dos estudantes optam pela graduação de medicina. A grande concorrência interna entre eles, nesse processo, pode levá-los ao adoecimento. A universidade pode, através de políticas, implementar espaços que acolham seus discentes de modo a ouvi-los, dando-lhes suporte emocional em todas as situações.

Dentre as limitações do estudo, apontamos para a necessidade de comparar as práticas de saúde dos estudantes do BIS na entrada e na conclusão do curso, para ver se, de fato, há diferenças de comportamentos nesses distintos momentos da formação. Sugere-se a ampliação deste estudo para outras graduações de saúde e de outras áreas, de modo a ter uma visão mais ampliada desses aspectos em toda a universidade, possibilitando, assim, a comparação das respostas entre os cursos e as áreas, bem como o fornecimento de mais elementos para a reflexão e a proposição de programas de saúde para essa população.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 229-268.
- ACKERMAN, D. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.
- ALVES, J.G.B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev. Bras Med Esporte**, São Paulo, v.11, n. 55, 291-294, set/out. 2005.
- AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2533- 2538, ago. 2010.
- ARAÚJO, C.K. et al. Vínculos Familiares e Sociais nas relações dos idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012.
- BARBOSA, S.R.; LIBERALI, R.; COUTINHO, V.F. Relação dos aspectos nutricionais na tensão pré-menstrual (TPM): revisão sistemática. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.4, n.19, p.31-38, Jan/Fev. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BARROS, G.S.; MENESES, J.N.C.; SILVA, J.A. Representações sociais do consumo de carne em Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 365-383, 2012.
- BERTOLDI, G. **A importância do educador físico na avaliação e prescrição de exercícios físicos para o controle do diabetes e da hipertensão arterial sistêmica**. Artigo Científico Bibliográfico (Especialização Gestão, Organização Pública em Saúde) – Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.
- BIGIO, R.S. **Consumo de frutas, legumes e verduras: relação com os níveis sanguíneos de homocisteína entre adolescentes**. 2011. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 nov. 12]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.156 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 971 – **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; DOU – seção 1; 04/05/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUSATO, M.A. et al. Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v.36, n.2, p.75-84, jul/dez. 2015.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARDOSO, M.R.; FERRO, L.F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

- CARDOZO, C.G.; SILVA, L.O.S. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Interbio**, Dourados, v.8, n.2, Jul-Dez. 2014.
- CARVALHO, A.P.L.; ZANARDO, V.P.S. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim - Rio Grande do Sul. **Perspectiva**, Erechim, v. 34, n. 125, p. 117-126, março 2010.
- CATTAFESTA, M. et al. Condições higiênico-sanitárias de um restaurante universitário e as práticas alimentares de seus usuários. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.14, n.4, p. 36-43, out-dez. 2012.
- CERVINSKI, L.F.; ENRIGONE, J.R.B. Percepção de calouros universitários sobre o processo de adaptação ao sair da casa dos pais. **Perspectiva**, Erechim, v. 36, n. 136, p. 101-110, Dez. 2012.
- COULON, A. **A condição de estudante: a entrada na vida universitária**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FARIA, N.U.; RINALDI, A.E.M.; ABDALA, M.C. Hábitos alimentares e sociabilidade no horário de almoço de estudantes universitários. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-554, 2015.
- FEITOSA, E.P.S. et al. Hábitos alimentares de estudantes de uma Universidade pública no nordeste, Brasil. **Alimentos e Nutrição (Brazilian Journal of Food and Nutrition)**, v. 21, n.2, p. 225-226, abril/jun. 2010.
- FERRAZ, M.F.; PEREIRA, A.S. A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 3, n. 2, pp. 149-164, 2002.
- FIGUEIRAS, A.; CAAMAÑO, F.; GESTAL-OTERO, J.J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. **Eur J Epidemiol.**, v.16, pp. 19–26, 2000.
- FORMOZO, G.A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 124-127, jan/mar. 2012.
- GRUNBAUM, J.O.; KANN, L.; KINCHEN, S.A.; WILLIAMS, B.; ROSS, J.G.; LOWRY, R.; et al. Youth risk behavior surveillance - united states, 2001. CDC Surveillance Summaries. **Morb Mortal Wkly Rep.**, v.51, SS-n.4, p.1-68, 2002.
- 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.

IURAS, A. et al. Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (BRASIL). **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, Lisboa, v. 57, p.104-111, abril/jun. 2016.

Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S164628901600008X>>. Acesso em: 20 out. 2016.

JESUS, A.P.G.A.S.; YOSHIDA, N.C.P.; FREITAS, J.G.A.P. Prevalência da automedicação entre acadêmicos de farmácia, medicina e odontologia. **Estudos**, Goiânia, v. 40, n. 2, p. 151-164, abr./jun. 2013.

LISBOA. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Políticas Públicas Saudáveis. **Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016**. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2011. 63p.

MADUREIRA, A.S. 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.

MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S.S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p. 1024-1035, 2013.

MENDES, M.L.M. et al. Hábitos alimentares e atividade física de universitários da área de saúde do município de Petrolina - PE. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 205-217, 2016.

MORAIS, L.M.; MASCARENHAS, S.; RIBEIRO, J.L.P. Diagnóstico do estresse, ansiedade e depressão em universitários: desafios para um serviço de orientação e promoção da saúde psicológica na universidade da UFAM-Brasil. **Revista AMazônica**, Manaus, Ano 3, v. 4, n. 1, p. 55-76, 2010.

MORAES, G.V.O. **Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade**. Belo Horizonte. Dezembro 2012. Dissertação.

MOURA JÚNIOR, J.S. et al. Nível de Atividade Física e Perfil Sociodemográfico dos Usuários dos Ambientes Públicos de Atividades Físicas na Cidade de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 349-356, 2011.

- MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.
- NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Correlates of inadequate fruit and vegetable consumption among adolescents. **Prev Med.**, v.25, n.5, p.497-505, 1996.
- OLIVEIRA, M.J.I.; ESPÍRITO SANTO, E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n.2, p. 7-24, jan/jun. 2013.
- OLIVEIRA, A.C.A. et al. Consumo de frutas e hortaliças por estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p.377-385, jul./set. 2012.
- OLIVEIRA, J.A.C. et al. Hábitos alimentares de acadêmicas do primeiro e do último ano de cursos de graduação em Nutrição no estado do Maranhão. **Nutrire**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 328-336, dez. 2015.
- OPAS. **El Movimiento de Municipios Saludables: una Estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina**, v. 96-14, abril 1996. Disponível em: <https://goo.gl/RdwguK>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- PAN, H. et al. Prior knowledge, older age, and higher allowance are risk factors for self-medication with antibiotics among university students in southern China. **PLoS One** [on-line], v.7, n.7, e41314, p.1-8, jul. 2012. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0041314#references>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017. DOI:10.1371/journal.pone.0041314>. Acesso em: 5 jan 2017.
- PEREZ, P.M.P. Práticas alimentares de estudantes cotistas e não cotistas de uma universidade pública brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.531-542, fev. 2016.
- PINTO, M.C.X.; FERRE, F.; PINHEIRO, M.L.P. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. **Braz J Pharm Sci.**, 48, pp. 79–86, 2012.
- PITANGA, F.G. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, v.10, n.1, pp. 3-13, 2014.
- RALL, L.M.F. et al. A relação entre gênero e adesão à atividade física no lazer. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, ano 17, n. 168, p. 1, mai. 2012.

Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd168/genero-e-adesao-a-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 10 nov 2016.

REGO, I.T. **Políticas Públicas Saudáveis**: Estudo de caso português. Tese (Mestrado em saúde e desenvolvimento). Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. 205p., 2011.

RESTREPO B., L.F; URANGO M., L.A.; DEOSSA R., G.C. Conocimiento y factores asociados al consumo de frutas por estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. **Rev. chil. nutr.**, Santiago, v.41, n.3, p.236 -242, set. 2014.

REZENDE, E.G. et al. Percepção sobre o hábito alimentar entre estudantes de nutrição. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 620-630, ago./dez. 2014.

RIBEIRO, C.S.G.R.; CORÇÃO, M. O consumo de carne no Brasil: entre valores socioculturais e nutricionais. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 425-438, 2013.

ROMBALDI, A.J. et al. Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p.1513-1521, 2014.

SEQUEIRA, C. et al. Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. **J Nurs Health.**, v. 3, n. 2, p. 170-81, 2013.

SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr.-jun. 2009.

STABLES, G.J.; SUBAR, A.F.; PATTERSON, B.H.; DODD, K.; HEIMENDINGER, J.; DUYN, M.A.V.; et al. Changes in vegetable and fruit consumption and awareness among US adults: results of the 1991 and 1997 5 A day for better health program surveys. **J Am Diet Assoc.**, v.102, n.6, p.809-817, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 37-46, jan/abr. 2004.

TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação?. In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

TELES JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016.

Acesso em: 07/03/2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf>>. Acesso em: 06 jan 2017.

TEO, C.R.P.A. et al. Ambiente alimentar e vulnerabilidade de adolescentes universitários: Um estudo com foco no convívio familiar. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 49-58, jan-mar. 2014.

VIEIRA, A.C.; CARVALHO, A.L. **A história de vida e as percepções do paciente ao viver com Aids**. Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de ciências da saúde, curso de graduação em Enfermagem, disciplina INT5162 – estágio supervisionado II, Florianópolis, 2010.

WHO. Carta de Ottawa, 1986. p. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO. **The World Health Report 1998: Life in the 21st Century - A Vision for All**. WHO, Genebra, 1998. 241 pp.

WHO. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medicines: rational use of medicines** [internet]. Geneva: Fact sheet n. 338. Media Centre; 2010 [citado 10 Out 2013]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>>. Acesso em: 10 jan 2017.

XAVIER, A.B.; VASCONCELOS, K.E.L.; SILVEIRA, S.A.S. Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande/PB. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão: UFMA, 2015. Disponível em: <<http://encurtador.com.br/bcj13>> Acesso em: 20 jan. 2017.

ZANINI, R.V. et al. Consumo diário de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3739-3750, dez. 2013.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta pesquisa, em que busquei investigar as concepções e práticas de saúde e doença dos alunos do BI em Saúde, conhecer a autopercepção destes estudantes quanto ao seu estado de saúde e/ou doença e apreender quais medidas e ações são tomadas por eles na busca ou manutenção da sua saúde, é perceptível o quanto esta foi de extrema relevância para o entendimento acerca da importância da discussão interdisciplinar das concepções e práticas de saúde na formação de futuros profissionais da saúde, visto que ainda estamos diante da inadequação de perfis de trabalhadores da saúde que atendam à integralidade dos sujeitos.

A escolha pela análise dos dados a partir da análise categorial proposta por Bardin (2010) mostrou-se adequada, uma vez que, através das respostas dos estudantes, foi possível identificar suas ideias, concepções e práticas quanto à saúde-doença-cuidado. Na medida em que identificamos e compreendemos as concepções desses estudantes, percebemos o quão importante é a discussão acerca da saúde e da doença para além das fronteiras biológicas, incorporando elementos da Filosofia, Sociologia e Antropologia, por exemplo, de modo a facilitar o entendimento do fenômeno saúde-doença.

No primeiro artigo, denominado “Saúde e doença: concepções de estudantes de um curso superior em saúde”, foram apresentados e discutidos os dados a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), identificando-se as concepções a partir de três categorias. Notou-se que os estudantes apresentaram uma concepção predominantemente biopsicossocial da saúde e outra majoritariamente biomédica da doença, tanto entre as mulheres quanto entre os homens. Tomando como base tais resultados, reforça-se o pressuposto de que a formação acadêmica precisa envolver, então, não só o preparo para a atuação técnica no mercado de trabalho, mas também a formação como ser humano integral, enquanto cidadão político e ético, que respeita a diversidade e é engajado com a realidade. Ou seja, é preciso formar pessoas que compreendam a complexidade do processo saúde-doença, os diversos fatores que o influenciam e que interferem na qualidade de vida das pessoas.

No segundo artigo, intitulado “A própria saúde percebida por estudantes universitários e os fatores associados”, realizou-se uma discussão acerca das

evocações associadas aos termos “saúde” e “doença”, dados sociodemográficos, bem como a forma como os estudantes avaliaram a sua situação de saúde. A percepção positiva da própria saúde foi mais evidente entre os participantes deste estudo, sendo a negativa proporcionalmente maior entre os indivíduos do sexo feminino, de cor de pele/etnia autodeclarada como negra ou parda, a maioria oriunda de escola privada com bolsa. Demonstrou-se a relevância dos fatores sociais, econômicos e culturais na autoavaliação de saúde desses estudantes e a importância dos dados sociodemográficos para nortear a implementação e avaliação das políticas públicas.

No terceiro artigo, “Práticas de saúde de estudantes: a universidade como espaço de promoção da saúde?”, identificou-se as práticas ligadas à saúde entre estudantes ingressantes no BIS. Os dados coletados foram processados através dos softwares Excel e IBM SPSS e analisados a partir da Análise de Conteúdo de Bardin. Os estudantes participantes deste estudo citaram práticas que tanto beneficiam quanto prejudicam sua saúde, o que reforça o papel das universidades como ambientes sociais com o potencial de promover, através de suas políticas e práticas, o bem-estar e a saúde de estudantes, funcionários e comunidade como um todo.

Mesmo acreditando que os objetivos deste estudo tenham sido alcançados, assinala-se a necessidade de outras pesquisas que se debrucem sobre outras graduações de saúde e de outras áreas, de modo a propiciar uma visão mais ampliada desses aspectos em toda a universidade. Ao longo desta pesquisa, percebeu-se algumas lacunas no questionário empregado, o que acabou não permitindo maior detalhamento de alguns aspectos e comparação de alguns dados com os de outros estudos. Por conta disso, o questionário foi revisado em 2016 e a nova versão já foi aplicada aos ingressantes no curso, nesse ano.

No que tange a avaliar ou analisar de que a forma a proposta do BIS impacta na formação de futuros profissionais de saúde, sugere-se que outros estudos sejam feitos, abordando os estudantes egressos do BIS, bem como comparando tais resultados aos de outras pesquisas com estudantes egressos de cursos de progressão linear. Espera-se, assim, que esta pesquisa contribua para o desenvolvimento de novos estudos e para reflexões, nas universidades, acerca da formação superior em saúde e da gestão do ambiente universitário.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.N.; GUARIGLIA FILHO, J.E.F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T. **Saúde mental da mulher**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p.229-268.
- ACKERMAN, D. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1992.
- ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **The Lancet**, Rio de Janeiro, 2011; 377(9781): 1898-1900. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilporcom4.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: revolução na educação superior no campo da saúde? In: TEIXEIRA CF; COELHO MTAD, Organizadoras. **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 11-22.
- ALMEIDA FILHO, N. **Saúde e o Paradigma da Complexidade**. Rio Grande do Sul: Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2006.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. **Origens da medicalização da saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-de-psicopatologia-sujeito-e-singularidade-lapsus/cafe-filosofico-da-cpfl-modulo-medicalizacao-fora-de-1>>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- ALMEIDA FILHO, N; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-89, 2002.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: Atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S., ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva – Teoria e Prática**. 01ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2014. 13-27p.
- ALVES, R. Sobre os professores e as cozinheiras. **O Estado de São Paulo**, São Paulo. 11 jun.1996, p. D2.

ALVES, J.G.B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Rev. Bras Med Esporte**, São Paulo, v.11, n. 55, 291-294, set/out. 2005.

ANDIFES. **III Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras**. FONAPRACE. Brasília. 2011.

ANDRADE JUNIOR H.; SOUZA M.A.; BROCHIER J.I. Representação social da educação ambiental e da educação em saúde em universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 17, p. 43-45, 2004.

AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2533- 2538, ago. 2010.

ARAUJO, 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.

ARAUJO, C.K. et al. Vínculos Familiares e Sociais nas relações dos idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012.

ARRUDA, G.O.A. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p. 61-68, 2015.

ASSIS, S.S. et al. Educação em saúde- Proposta de utilização de um modelo no ensino de ciências. **REMPEC- Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 108-120, 2010.

AZEVEDO, G.G.C.A.; FRICHE, A.A.L.; LEMOS, S.M.A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 119-127, 2012.

BACKES, M.T.S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-17, 2009.

- BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.V. Determinantes Sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Saúde Pública** (Santa Catarina), Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
- BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 138-145, set/Nov 2001.
- BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006, **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, 2008.
- BARATA, R.B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L.; Sarah ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.167-214.
- BARBOSA, S.R.; LIBERALI, R.; COUTINHO, V.F. Relação dos aspectos nutricionais na tensão pré-menstrual (TPM): revisão sistemática. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo, v.4, n.19, p.31-38, Jan/Fev. 2010.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- 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, 200
- BARROS, G.S.; MENESES, J.N.C.; SILVA, J.A. Representações sociais do consumo de carne em Belo Horizonte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 365-383, 2012.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA AF, organizador. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. 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, 2007. p. 51-86.
- BERNARDO, L.H. **Condições de saúde auto referidas da população masculina**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.
- BERTOLDI, G. **A importância do educador físico na avaliação e prescrição de exercícios físicos para o controle do diabetes e da hipertensão arterial**

sistêmica. Artigo Científico Bibliográfico (Especialização Gestão, Organização Pública em Saúde) – Centro de Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

BIGIO, R.S. **Consumo de frutas, legumes e verduras: relação com os níveis sanguíneos de hemocisteína entre adolescentes.** 2011. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BONETTI, A. O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem. **Pensar a Prática**, Goiás, v.7, n.1, p. 45-58, 2004.

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

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Universidade de Brasília. **Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação às indústrias de alimentos.** 2ª versão. Brasília, DF: ANVISA; 2005. Disponível em: < <http://goo.gl/oEAJ6X>>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 971 – **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**; DOU – seção 1; 04/05/2006.

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

BRASIL. Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 ago. 2012. Disponível em: <<http://zip.net/bpqfpg>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 nov. 12].

Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.156 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Rio de Janeiro. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Sistema de Seleção Unificada**.

Disponível em: <http://zip.net/bltpb7>. Acesso em: 22 de abril de 2016.

BREHMER, L.C.F; RAMOS, F.R.S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 20, n. 56, p. 135-45, 2016.

BRITO, A. K. A.; SILVA, F. I. C.; FRANCA, N. M. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, 2012.

BUSATO, M.A. et al. Ambiente e alimentação saudável: percepções e práticas de estudantes universitários. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v.36, n.2, p.75-84, jul/dez. 2015.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.
- CÂMARA, A.M.C.S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd**, Rio de Janeiro, v. 36, Supl. 1, p. 40-50, 2012.
- CAMARGO JÚNIOR, K.R. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.
- CAMARGO. B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Nota Técnica. **Periódicos eletrônicos em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.21, n. 2, p. 1-18, 2013.
- CAMELO, L.V. **Status social subjetivo, autoavaliação de saúde e tabagismo. Estudo longitudinal de saúde do adulto (Elsa-Brasil)**. 2012. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6.ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v.04, n.2, p. 287-307, 1997.
- CARDOSO, G.M.P. **Vida Universitária, Atividade Física e Promoção da Saúde entre estudantes da Universidade Federal da Bahia**. 2015. 107 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Humanidades Artes e Cultura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.
- CARDOSO, M.R.; FERRO, L.F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.
- CARDOZO, C.G.; SILVA, L.O.S. A importância do relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. **Interbio**, Dourados, v.8, n.2, Jul-Dez. 2014.
- CARVALHO, Y.M; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2006, p. 149-182.
- CARVALHO, A.P.L.; ZANARDO, V.P.S. Consumo de água e outros líquidos em adultos e idosos residentes no município de Erechim - Rio Grande do Sul. **Perspectiva**, Erechim, v. 34, n. 125, p. 117-126, março 2010.

- CASTRO, L.M.C. et al. Saúde, promoção da saúde e agentes multiplicadores: concepções de profissionais de saúde e de educação do município do Rio de Janeiro. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 467- 481, 2014.
- CATTAFESTA, M. et al. Condições higiênico-sanitárias de um restaurante universitário e as práticas alimentares de seus usuários. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.14, n.4, p. 36-43, out-dez. 2012.
- CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 12 dez 2013.
- CERVINSKI, L.F.; ENRICONE, J.R.B. Percepção de calouros universitários sobre o processo de adaptação ao sair da casa dos pais. **Perspectiva**, Erechim , v. 36, n. 136, p. 101-110, Dez. 2012.
- COELHO, M.T.A.D, ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-33, 2002.
- COELHO, M.T.A.D.; TEIXEIRA, C.F. (Orgs.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado interdisciplinar em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 13-21.
- COULON. A. **A condição de estudante: a entrada na vida universitária**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- COUTINHO, S.S. et al. Discutindo os conceitos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. **Fiep Bulletin**, v. 83 - Special Edition - Article II, 2013. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net>>. Acesso em: 14 dez. 2015.
- DALMOLIN, B.B et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-94, 2011.
- DE VITA, A.; NERI, A.L.; PADOVANI, C.R. Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. **Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 1, p. 23-34, 2006.
- DINIZ, F.R.A, OLIVEIRA A.A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **e- Sci**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p.143-58, 2014.

- DOMINGUES, P.M.L. **Autoavaliação do estado de saúde de mulheres negras e brancas e fatores associados**. 2013. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
- DUARTE, Teresa. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica). **CIES e Working Paper** nº 60/2009. Disponível em: http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf. Acesso em: 15 nov. 2015.
- ESPÍRITO-SANTO, G.; MOURÃO, L. Representações de saúde, exercício físico e lazer de jovens moradores da comunidade da Matriz. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 37, p. 28-57, 2012.
- FARIA, N.U.; RINALDI, A.E.M.; ABDALA, M.C. Hábitos alimentares e sociabilidade no horário de almoço de estudantes universitários. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 539-554, 2015.
- FEITOSA, E.P.S. et al. Hábitos alimentares de estudantes de uma Universidade pública no nordeste, Brasil. *Alimentos e Nutrição (Brazilian Journal of Food and Nutrition)*, v. 21, n.2, p. 225-226, abril/jun. 2010.
- FERRAZ, M.F.; PEREIRA, A.S. A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 3, n. 2, pp. 149-164, 2002.
- FERRETI, F.; NIEROTKA, R.P.; SILVA, M.R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 15, n. 37, p. 565-72, 2011.
- FIGARO, R. A triangulação metodológica em pesquisas sobre a Comunicação no mundo do trabalho. **Revista Fronteiras**, São Leopoldo, v. 16, n.2, p. 124-131, 2014.
- FIGUEIRAS, A.; CAAMAÑO, F.; GESTAL-OTERO, J.J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. **Eur J Epidemiol.**, v.16, pp. 19–26, 2000.
- FORMOZO, G.A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 124-127, jan/mar. 2012.
- FRAGA, L.S.; CARDOSO, K. M.; PFUETZENREITER, M.R. As práticas docentes e abordagem sobre zoonoses no ensino fundamental. In: **Encontro nacional de pesquisa em educação em Ciências**, 7, 2009, Florianópolis. Anais... Florianópolis: ABRAPEC, 2009. Disponível em:

<http://www.fae.ufmg.br/abrapec/viempec/7enpec/pdfs/500.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREUD, S. **Freud (1930-1936): O mal-estar na civilização e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FOUCAULT, M. organizador. **História da sexualidade – a vontade de saber**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1988. p. 125-52.

FOUCAULT, M. organizador. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.p.79-98.

GADAMER, H-G. **The enigma of health**. California: Stanford University Press; 1996.

GRUNBAUM, J.O.; KANN, L.; KINCHEN, S.A.; WILLIAMS, B.; ROSS, J.G.; LOWRY, R.; et al. Youth risk behavior surveillance - united states, 2001. CDC Surveillance Summaries. **Morb Mortal Wkly Rep.**, v.51, SS-n.4, p.1-68, 2002.

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.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HOLLAND, W.W. et al., ED. **Measurement of levels of health**. Copenhagem, WHO Regional Office for Europe, 1979 (WHO Regional Publications European Series, N°7).

IRIART, J.A.B. **Concepções e representações da saúde e da doença**. Texto didático. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, 2003.

IURAS, A. et al. Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas (BRASIL). **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, Lisboa, v. 57, p.104-111, abril/jun. 2016.

Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S164628901600008X>>. Acesso em: 20 out. 2016.

JESUS, A.P.G.A.S.; YOSHIDA, N.C.P.; FREITAS, J.G.A.P. Prevalência da automedicação entre acadêmicos de farmácia, medicina e odontologia. **Estudos**, Goiânia, v. 40, n. 2, p. 151-164, abr./jun. 2013.

KANT, I. **O Conflito das Faculdades**. 1798. Tradução de Artur Morão. Covilha: LusoSofia press, 2008.

- LAMAR, A.R; NASCIMENTO, L.R. Vinculações filosóficas de Michel Foucault. **Húmus**, São Luís, n. 9, p. 122-39, 2013.
- LANGDON, E.J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18,n.3, p. 174-81, 2010.
- LISBOA. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Políticas Públicas Saudáveis. **Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016**. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2011. 63p.
- MADUREIRA, A.S. 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.
- MEIRA, I.; CARVALHO, A.P. A saúde e sua relação intrínseca com o organismo e o ambiente [Internet]. **Fórum Sociológico**, Lisboa, n. 20, p. 75-82, 2010. Disponível em: < <http://goo.gl/C7KeUL>>. Acesso em: 15 out 2015.
- MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S.S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.4, p. 1024-1035, 2013.
- MENDES, M.L.M. et al. Hábitos alimentares e atividade física de universitários da área de saúde do município de Petrolina - PE. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 205-217, 2016.
- MIELKE. G.I. et al. Atividade Física e fatores associados em universitários do primeiro ano da Universidade Federal de Pelotas. **Rev. Bras. de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n.1, p. 57-64, 2010.
- MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 363-81, 1988.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIRANDA, V.P.N. et al. Insatisfação corporal em universitários de diferentes áreas de conhecimento. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 61, n. 1, p. 25-32, 2012.
- MORAES, G.V.O. **Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade**. 2012. 70 f. Dissertação (Mestrado)- Fiocruz, Belo Horizonte (MG), 2012.
- MORAIS, N.A.M. **Estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores**. 2005. 165f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

MORAIS, L.M.; MASCARENHAS, S.; RIBEIRO, J.L.P. Diagnóstico do estresse, ansiedade e depressão em universitários: desafios para um serviço de orientação e promoção da saúde psicológica na universidade da UFAM-Brasil. **Revista AMazônica**, Manaus, Ano 3, v. 4, n. 1, p. 55-76, 2010.

MOURA JÚNIOR, J.S. et al. Nível de Atividade Física e Perfil Sociodemográfico dos Usuários dos Ambientes Públicos de Atividades Físicas na Cidade de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 349-356, 2011.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

NEUMARK-SZTAINER, D. et al. Correlates of inadequate fruit and vegetable consumption among adolescents. **Prev Med.**, v.25, n.5, p.497-505, 1996.

NORONHA, K.V.M.S. **A relação entre o Estado de Saúde e a Desigualdade de Renda no Brasil**. 2005. 203f. Tese (Doutorado em Economia). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

OGATA, M.N; PEDRINO, H.C. Saúde, doença e enfermagem: suas representações sociais para estudantes de enfermagem. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 102-114, 2004.

OLIVEIRA, M.J.I.; ESPÍRITO SANTO, E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 2, n.2, p. 7-24, jan/jun. 2013.

OLIVEIRA, A.C.A. et al. Consumo de frutas e hortaliças por estudantes do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p.377-385, jul./set. 2012.

OLIVEIRA, J.A.C. et al. Hábitos alimentares de acadêmicas do primeiro e do último ano de cursos de graduação em Nutrição no estado do Maranhão. **Nutrire**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 328-336, dez. 2015.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, n.1, p. 9-15, 2000.

OPAS. **El Movimiento de Municipios Saludables**: una Estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina, v. 96-14, abril 1996. Disponível em: <https://goo.gl/RdwguK>. Acesso em: 10 jan 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1948. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 15 abr 2015.

PALMA. A.; VILAÇA, M.M. O sedentarismo da Epidemiologia. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. Campinas, v. 31, n. 2, p. 105-119, 2010.

PAN, H. et al. Prior knowledge, older age, and higher allowance are risk factors for self-medication with antibiotics among university students in southern China. **PLoS One** [on-line], v.7, n.7, e41314, p.1-8, jul. 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0041314#reference>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2017. DOI:10.1371/journal.pone.0041314>. Acesso em: 5 jan 2017.

PAVÃO, A.L.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: Um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, 2013.

PERES, M.A. et al. Autoavaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

PEREZ, P.M.P. Práticas alimentares de estudantes cotistas e não cotistas de uma universidade pública brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.531-542, fev. 2016.

PETARLI, G.B. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados: Um estudo em trabalhadores bancários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 787-799, 2015.

PIMENTA, F.A. et al. Autopercepção do estado de saúde em reformados e sua associação com o uso de serviços de saúde. **Acta Med Port.**, v. 23, n. 1, p. 101-106, 2010.

- PINTO, M.C.X.; FERRE, F.; PINHEIRO, M.L.P. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. **Braz J Pharm Sci.**, 48, pp. 79–86, 2012.
- PITANGA, F.G. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, v.10, n.1, pp. 3-13, 2014.
- PUTTINI, R.F; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L.R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-67, 2010.
- RALL, L.M.F. et al. A relação entre gênero e adesão à atividade física no lazer. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires, ano 17, n. 168, p. 1, mai. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd168/genero-e-adesao-a-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 10 nov 2016.
- REGO, I.T. **Políticas Públicas Saudáveis: Estudo de caso português**. Tese (Mestrado em saúde e desenvolvimento). Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. 205p., 2011.
- REIS, J.C., organizador. O sorriso de Hipócrates. **A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença**. Lisboa: Veja; 1999. p. 135-162.
- REIS, A.M.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Processo Saúde-Doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n.2, p. 347-57, 2010.
- RESTREPO B., L.F; URANGO M., L.A.; DEOSSA R., G.C. Conocimiento y factores asociados al consumo de frutas por estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. **Rev. chil. nutr.**, Santiago, v.41, n.3, p.236 -242, set. 2014.
- REZENDE, E.G. et al. Percepção sobre o hábito alimentar entre estudantes de nutrição. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 12, n. 2, p. 620-630, ago./dez. 2014.
- RIBEIRO, C.S.G.R.; CORÇÃO, M. O consumo de carne no Brasil: entre valores socioculturais e nutricionais. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 425-438, 2013.
- ROMBALDI, A.J. et al. Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p.1513-1521, 2014.
- ROSA, J.G. **Grande Sertão: Veredas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006. p. 318.

- ROUQUAYROL, M.Z. Contribuição da Epidemiologia. In: WAGNER, G., MINAYO, M.C.S, AKERMAN, M., DRUMOND JÚNIOR, M., CARVALHO, Y.M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 319-374.
- ROUQUAYROL, M.Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: Almeida Filho N, Rouquayrol MZ, organizadores. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 17-35.
- RUVIARO, L.F.; FILIPPIN, L.I. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-31, 2012.
- SABROZA, P.C. Concepções sobre saúde e doença. **Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde [Internet]**. Educação à distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/PRheQS>>. Acesso em: 20 out 2015.
- SANTOS, A.M.A. **Causalidade entre renda e saúde**: Uma análise através da abordagem de dados em painel com os Estados e os municípios brasileiros. 2010. 140f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2012.
- SANTOS, C.A. **Qualidade de vida, autopercepção de saúde e de comunicação de adolescentes de 15 a 18 anos, estudantes de escolas pública e privada de Belo Horizonte/MG**. 2012. 154f. Monografia (Trabalho de Conclusão de curso). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- SANTOS, D.L.; GERHARDT, T.E. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.1, p. 129-136, 2008.
- SANTOS, A.M.A; JACINTO, P.A; TEJADA, C.A.O. Causalidade entre renda e saúde: Uma análise através da abordagem de dados em painel com os Estados do Brasil. **Est. Econ.**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, 2012.
- SEQUEIRA, C. et al. Vulnerabilidade mental em estudantes de enfermagem no ensino superior: estudo exploratório. **J Nurs Health.**, v. 3, n. 2, p. 170-81, 2013.
- SILVA, R.F.; CARVALHO, A.B. Educação e modos de subjetivação no capitalismo contemporâneo: reflexões a partir de Zygmunt Bauman. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 146, p. 20-26, 2013.

SILVA, K.M.; LEITE, S.P. Concepções de saúde e doença apresentadas por uma população atendida pela estratégia Saúde da Família. **Rev APS**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 345-54, 2014.

SILVA, C.V.; VELOZO, E.S.; CUNHA, R.R. Uso racional de medicamentos versus propaganda abusiva: percepção dos educadores e impacto das ações realizadas no município de Santo Antônio de Jesus - Bahia. **ANVISA caderno de textos**. 2011.

Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/62baf80492de2f4b04bb314d16287af/Caderno_textos_academicos_completo_BAIXA_cs4.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 16 dez. 2015.

SILVA, A.C.S. et al. Representações sociais de adolescentes sobre ser saudável. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. 397-409, 2014.

SILVA, L.A.V. Campo da Saúde, saberes e práticas: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa em HIV/Aids. In: COELHO, M.T.A.D.; TEIXEIRA, C.F. (Orgs.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado interdisciplinar em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 129-48.

SISTEMA DE SELEÇÃO UNIFICADO. Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/educacao/2011/08/sisu-seleciona-novos-alunos-para-instituicoes-publicas-de-ensino-superior>>. Acesso em 09 jun. 2016.

SOARES, G.B. et al. Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 268-73, 2011.

SORDI, J. Saiba por que homens e mulheres sentem dor em intensidades diferentes. **ZH**, Rio Grande do Sul, ago.2015. Seção Vida. Disponível em:<<http://zip.net/brtpNG>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

SOUSA, T.F. Autopercepção negativa de saúde e fatores associados em acadêmicos de Educação Física no Nordeste, Bahia. **Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 15, n. 143, 2010. Disponível em: <<http://zip.net/bktpQV>>. Acesso em: 10 mai. 2014.

SOUZA, E.C.F.; OLIVEIRA, A.G.R.C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. In: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Odontologia preventiva e social: textos selecionados**. Natal: Proin-Edufrn, 1997. p.87-92.

- SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, abr.-jun. 2009.
- STABLES, G.J.; SUBAR, A.F.; PATTERSON, B.H.; DODD, K.; HEIMENDINGER, J.; DUYN, M.A.V.; et al. Changes in vegetable and fruit consumption and awareness among US adults: results of the 1991 and 1997 5 A day for better health program surveys. **J Am Diet Assoc.**, v.102, n.6, p.809-817, 2002.
- STREY, M.N.; NOGUEIRA, C.; AZAMBUJA, M.R (orgs). **Gênero & Saúde: Diálogos íbero-Brasileiros**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010.
- TEIXEIRA, C.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 37-46, jan/abr. 2004.
- TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A.D. A construção do projeto político-pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A.D. (org.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador, EDUFBA, 2014. p. 53-72
- TEIXEIRA, C.F.S.; COELHO, M.T.A.D.; ROCHA, M.N.D. **Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-46, 2013.
- TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação?. In: PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.
- TELES JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, 2016. Acesso em: 07/03/2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v30n86/0103-4014-ea-30-86-00099.pdf>>. Acesso em: 06 jan 2017.
- TEO, C.R.P.A. et al. Ambiente alimentar e vulnerabilidade de adolescentes universitários: Um estudo com foco no convívio familiar. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 49-58, jan-mar. 2014.
- TORRES, M.F.M.; CARVALHO, F.R.; MARTINS, M.D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16(Supl), p. 1409-15, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). **Projeto Pedagógico dos Bacharelados Interdisciplinares**. Salvador: UFBA; 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Programa de Pós Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU). **Resolução nº 003, de 26 de abril de 2011**. Salvador, 2011. Disponível em:

<http://www.eisu.ihac.ufba.br/sites/eisu.ihac.ufba.br/files/Resolucao%20003%202011%20%20Atividades%20Curriculares%20Doutorado%20e%20Mestrado.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

VAZ, P. Do normal ao consumidor: conceito de doença e medicamento na contemporaneidade. **Ágora**, Espírito Santo, v. 18, n. 1, p. 51-68, 2015.

VIEIRA, A.C.; CARVALHO, A.L. **A história de vida e as percepções do paciente ao viver com Aids**. Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de ciências da saúde, curso de graduação em Enfermagem, disciplina INT5162 – estágio supervisionado II, Florianópolis, 2010.

WHO. Carta de Ottawa, 1986. p. 11-18. In Ministério da Saúde / FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO. **The World Health Report 1998: Life in the 21st Century - A Vision for All**. WHO, Genebra, 1998. 241 pp.

WHO. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.

WHO. **Medicines: rational use of medicines** [internet]. Geneva: Fact sheet n. 338. Media Centre; 2010 [citado 10 Out 2013]. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>>. Acesso em: 10 jan 2017.

XAVIER, A.B.; VASCONCELOS, K.E.L.; SILVEIRA, S.A.S. Promoção da Saúde: uma análise das concepções e práticas das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Campina Grande/PB. In: **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Maranhão: UFMA, 2015. Disponível em: <<http://encurtador.com.br/bcj13>> Acesso em: 20 jan. 2017.

YIN, S. Gender disparities in health and mortality. **Population Reference Bureau**. Novembro, 2007. Disponível em: <http://www.prb.org/Articles2007/genderdisparities.aspx?p=1>>. Acesso em: 30 jun. 2016.

ZANCUL, M.S. **Orientação nutricional e alimentar dentro da escola. Formação de conceitos e mudanças de comportamento**. 2008. 132 f. Dissertação (Doutorado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2008.

ZANINI , R.V. et al. Consumo diário de refrigerantes, doces e frituras em adolescentes do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3739-3750, dez. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Print do Questionário da pesquisa

PESQUISA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE E DOENÇA

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

I. Dados Sociodemográficos

1. Idade:		2. Estado Civil:		3. Religião:				
4. () Feminino () Masculino () Não se aplica								
5. Cidade de nascimento:								
6. Cor autodeclarada:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena			
7. Instituição em que cursou o Ensino Médio	Pública	Privada	Privada com bolsa	Privada e Pública	Filantrópica			
8. Escolaridade	Qual o curso atual?				Qual o semestre?			
9. Possui outra graduação concluída?	Sim	Não	Qual?					
10. Possui Pós-graduação concluída?								
11. Com quem você vive?	Sozinho	Cônjuge Companheira(o)	Filha(o)	Irmã(o)	Avó(ô)	Mãe	Pai	Outros
12. Como você se autorrefere?	Lésbica	Bissexual	Gay	Travesti	Transexual	Heterossexual	Outros	

II. Questionário

13. O que é saúde para você?

14. Você se sente saudável?	Sim	Não

15. Que 5 palavras você mais associa à saúde?

16. Que ações você considera importantes para manter a saúde?

17. Quais dessas ações você realiza para manter a sua saúde?

18. O que é doença para você?

19. Você se sente doente?	Sim	Não

20. Que 5 palavras você mais associa à doença?

21. Que ações você considera importantes para prevenir doenças?

22. Quais dessas ações você já realizou para prevenir doenças?

23. O que você faz quando está doente? (Além de assinalar, sublinhe a opção que mais utiliza)	Sim	Não	
	Vai ao médico / profissional de saúde?		
	Pratica automedicação?		
	Utiliza práticas integrativas e/ou complementares?		
	Realiza tratamentos religiosos?		
Outros:			
24. Em geral, faz uso de medicamento(s)?	Sim	Não	
Com prescrição médica	Sim	Não	Qual(is)?
Sem prescrição médica	Sim	Não	Qual(is)?
25. Possui alguma doença crônica?	Sim	Não	
26. Sobre a sua alimentação, assinale os seus hábitos	SIM	NÃO	ÀS VEZES
	Tem acompanhamento nutricional		
	Ingere mais de 2 litros de água por dia		
	Ingere alimentos com alto teor de sal		
	Ingere alimentos com alto teor de açúcar		
	Consome frutas diariamente		

Consome cereais diariamente					
Consome carne vermelha diariamente					
Consome alimentos gordurosos diariamente					
Consome verdura diariamente					
Faz pelo menos 3 refeições por dia					
Faz todas as refeições em casa					
Traz as refeições de casa					
Outros:					
27. Agora falaremos sobre seu hábito de praticar atividade física	Sim		Não		
Você pratica atividade física?					
Você pratica atividade física com orientação profissional?					
28. Com qual frequência você pratica atividade física?	1 a 2 dias	3 a 4 dias	4 a 5 dias	5 a 6 dias	Todos os dias
29. Qual o tempo médio de atividade por dia?	0 a 30 min	31 a 60 min	61 a 80 min	80 a 120 min	Mais que 120 min
30. Qual(is) são as práticas integrativas/complementares e/ou religiosas que você utiliza? *Pode assinalar mais de uma opção.					
	Sim	Não		Sim	Não
Acupuntura			Terapia Comunitária		
Massagem			Homeopatia		
Cirurgia Espiritual			Termalismo social/Crenoterapia		
Fitoterapia			Rezadeira		
Pilates			RPG		
Banho de Folhas			Cromoterapia		
Terapia Floral			Uso de Cristais		
Yoga			Hidroterapia		
Danças Circulares			Rituais religiosos de cura		
Reiki					
Outras:					
31. Você considera que a sua formação acadêmica provoca algum impacto na sua saúde?	Sim		Não		
31.1 Se sim, quais?					

32. Que fatores você considera que podem provocar tais impactos?

33. Onde busca informações sobre saúde? (Além de assinalar, sublinhe a opção que mais utiliza)	Sim	Não
Internet		
Livros		
Revistas científicas		
Televisão		
Profissionais / serviços de saúde		
Outros:		

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES E TCLE

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

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

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


Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Pesquisadora membro da Equipe

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

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

Salvador, ____ de _____ de 201

Assinatura da(o) participante da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A- Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA/Plataforma Brasil

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30906414.0.0000.5531

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 741.187

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 741.187

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

BENEFICIOS

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 741.187

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Agosto de 2014

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:

P/ KARINA ARAUJO PINTO
(Coordenador)

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

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B- Print do comprovante de submissão do Artigo 2 - FAEEBA- Educação e Contemporaneidade

[FAEEBA] Agradecimento pela submissão

Entrada x



Livia Alessandra Fialho Costa <fialho2021@gmail.com>

04/08/2016 ☆



para mim ▾

Esta mensagem pode não ter sido enviada por: fialho2021@gmail.com Saiba mais Denunciar phishing

Senhora LUCIANA de Oliveira ALVES,

Agradecemos a submissão do trabalho "A PRÓPRIA SAÚDE PERCEBIDA POR ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS E OS FATORES ASSOCIADOS" para a revista Revista da FAEEBA- Educação e Contemporaneidade.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:

<http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeaba/author/submission/2602>

Login: luavesba

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.



Clique aqui para [Responder](#) ou [Encaminhar](#)

9,92 GB (66%) de 15 GB usados
[Gerenciar](#)

[Termos de Serviço](#) - [Privacidade](#)

Última atividade da conta: Há 13 horas
[Detalhes](#)