

# Saúde na educação superior

O que estudantes e professores  
têm a dizer?

Luciana de Oliveira A. B. Amorim  
Maria Angélica Godinho M. de Abreu  
Maria Thereza A. D. Coelho  
Organizadoras



Coleção **E-Livro**



**Saúde na educação superior**  
o que estudantes e professores têm a dizer?

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Reitor**

João Carlos Salles Pires da Silva

**Vice-reitor**

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

**Assessor do Reitor**

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Diretora**

Flávia Goullart Mota Garcia Rosa

**Conselho Editorial**

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

**EDUFBA**

Rua Barão de Jeremoabo, s/n Campus de Ondina

40170-115 Salvador-BA

Tel: (71) 3283-6164

[edufba@ufba.br](mailto:edufba@ufba.br)

[www.edufba.ufba.br](http://www.edufba.ufba.br)

Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim  
Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Organizadoras

**Saúde na educação superior**  
o que estudantes e professores têm a dizer?

Salvador  
EDUFBA  
2021

2021, autoras.

Direitos para esta edição cedidos à EDUFBA.

Feito o depósito legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,  
em vigor no Brasil desde 2009.

Projeto Gráfico

**Angela Garcia Rosa e Josias Almeida Jr.**

Capa, Editoração e finalização do eBook

**Josias Almeida Jr.**

Revisão e normalização

**Tikinet**

Sistema de Bibliotecas – SIBI/UFBA

S255 Saúde na educação superior: o que estudantes e professores têm a dizer? / Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim, Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, organizadoras. - Salvador: EDUFBA, 2021.  
1209 p. : il. : [pdf] : (E-livro).

Modo de acesso: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/34206>

ISBN: 978-65-5630-186-0 (Epub)

1. Medicina – Estudo e ensino (Superior). 2. Ensino superior – Finalidades e objetivos.. I. Amorim, Luciana de Oliveira A. B. II. Abreu, Maria Angélica Godinho M. de. III. Coelho, Maria Thereza A. D. IV. Título: o que estudantes e professores tem a dizer?

CDU: 61:378

Elaborada por Geovana Soares Lira

CRB-5: BA-001975/O

Editora filiada à

  
ASOCIACION DE EDITORIALES  
UNIVERSITARIAS DE AMERICA  
LATINA Y EL CARIBE

  
Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

  
Câmara Bahiana do Livro

*Ao corpo docente e discente do Bacharelado  
Interdisciplinar em Saúde que colaborou para a  
realização deste trabalho, nosso agradecimento.*





# Sumário

Prefácio	9
Saúde e educação: desafios, questões e aspectos metodológicos	15
Saúde e doença: as concepções dos estudantes	25
As práticas de saúde dos estudantes: a universidade como espaço de promoção da saúde?	39
As concepções dos professores universitários sobre o processo saúde-doença	73
As práticas de saúde dos professores	85
A interface saúde-educação na perspectiva das concepções e práticas de saúde	113
Sobre os autores	119



## Prefácio

A formação de pessoal em saúde é, sabidamente, um tema que vem sendo abordado, debatido e problematizado por um conjunto heterogêneo de pesquisadores, docentes, gestores de instituições de ensino, estudantes envolvidos direta ou indiretamente na implantação de cursos, discussões sobre reformas curriculares e experimentação de métodos e tecnologias inovadoras de ensino-aprendizagem.

Na miríade de estudos que vêm sendo feitos, principalmente nos últimos anos, em virtude do reconhecimento da necessidade de promover mudanças que conduzam à formação de profissionais dotados de competência crítica para enfrentar os desafios que o campo da saúde, enquanto campo de saberes e de práticas, apresenta na contemporaneidade, destacam-se as pesquisas que têm como solo epistemológico a reflexão a respeito da multiplicidade de concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Nessa perspectiva, situam-se os estudos que apontam a diversidade de conceitos que informam as distintas práticas acionadas neste campo, tanto pelos profissionais e trabalhadores do setor, quanto, principalmente, pelos diversos grupos da população, em função da valorização social que tem sido dada à promoção da saúde nos diversos espaços da vida em sociedade.

Esse é o caso da pesquisa cujos resultados são apresentados neste livro, que toma como objeto as concepções e práticas dos alunos e professores do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), curso inovador, que já conta com 12 anos de existência, ao longo dos quais se constituiu como um observatório das diversas formas de pensar e agir em saúde, ao tempo em que se consolidou como um laboratório onde se forjaram inovações pedagógicas voltadas à recriação das relações entre professores e alunos, empenhados na transformação do ensino e das práticas de saúde.

Coerentemente com esta mirada, este livro descreve e analisa as concepções e práticas de saúde de um conjunto significativo de ingressos

no primeiro ano do BIS, paralelamente à descrição e análise das concepções e práticas dos docentes envolvidos diretamente no curso.

Chama a atenção, em primeiro lugar, a opção das autoras por partir da apresentação dos resultados empíricos, analisados e discutidos à luz de um referencial teórico abrangente, que incluiu autores como Canguilhem, Morin, Almeida Filho, Czeresnia, Batistella, Buss, e tantos outros, cujas reflexões acerca do normal e patológico, do pensar complexo, da multidimensionalidade dos conceitos de saúde, das abordagens contemporâneas ao conceito de saúde, da diferença entre promoção e prevenção, das políticas e práticas de promoção da saúde, constituem o acervo bibliográfico que fundamenta o projeto pedagógico do curso e orientou a análise do conteúdo das respostas dadas pelos entrevistados – docentes e alunos – à pesquisa realizada.

O teor da pesquisa, o rigor no tratamento dos dados, a clareza na análise dos resultados e a fluidez do texto, por si só, já tornam essa publicação uma leitura obrigatória para todos os interessados em pensar crítica e criativamente os modelos de ensino que são praticados nas nossas universidades. Afinal, trata-se de evidenciar a *matéria-prima*, sobre a qual se debruçam os professores dos diversos cursos profissionais na área de saúde – 14 para ser exata –, os quais, no mais das vezes, adotam uma perspectiva biomédica, sob hegemonia da clínica e, cada vez mais, das avançadas tecnologias diagnósticas, com prejuízo da dimensão relacional e, principalmente, com o silenciamento das concepções derivadas da inserção cultural dos sujeitos que demandam cuidados em saúde.

Pois bem, essa *matéria-prima* que se apresenta aos professores são exatamente as concepções prévias sobre saúde e doença que os alunos trazem ao ingressar na universidade, e que se encontram, interagem ou se chocam com as que os professores detêm, as quais, por sua vez, são fruto de suas escolhas teóricas e políticas no espaço dinâmico, permeado por disputas paradigmáticas e conflitos políticos que atravessam o campo da saúde e reverberam no espaço universitário.

Por conta disso, é muito bem-vinda esta publicação. Penso que, para além das reflexões filosóficas e contribuições teóricas ao conceito de saúde, *ponto cego* da maioria dos currículos dos cursos superiores da área de saúde, ousaria dizer, expandindo a análise de Naomar de Almeida Filho sobre a saúde como “ponto cego da epidemiologia”, que

este livro traz uma contribuição singular ao debate, na medida em que ancora suas análises, firmemente, no discurso dos sujeitos, na expressão empírica do seu saber e de suas práticas.

Assim, aparecem as convergências e divergências, as assimetrias, as aproximações e distanciamentos entre o que se pensa, o que se diz, o que se faz e o que se desejaria fazer, caso as condições objetivas permitissem, caso as circunstâncias sociais e históricas não limitassem, não impedissem, não empurrassem em outra direção, contrária aos princípios e valores que o BIS tenta estimular. Principalmente pela tensão permanente que os alunos vivenciam, ao se direcionar aos cursos ditos de *progressão linear*, profissionalizantes, na maioria dos quais não encontram o eco das concepções aprendidas e refinadas teoricamente ao longo do BIS.

Por isso, a inquietação dos autores em propor que a pesquisa se repita ao final do curso, que se analise até que ponto o BIS tem tido a potência de formar o perfil pretendido do egresso, aliando competências cognitivas, habilidades técnicas e valores compartilhados, na direção da valorização e defesa da vida, na promoção da saúde, na abertura para o diálogo com outros saberes e racionalidades, no compromisso com a luta contra as desigualdades sociais, e contra a injustiça e iniquidades que ainda grassam em nossa sociedade.

Pensando nisso, é impossível não fazer menção ao que estamos vivendo no momento em que esta publicação chega aos leitores. Uma tragédia anunciada, com a expansão da pandemia da Covid-19 no mundo, agravada, no Brasil, pela negligência e descaso com que o governo federal vem tratando o problema. Nesse contexto, que afeta a todos, ainda que de forma extremamente desigual, mais que nunca vem se colocando a necessidade de se repensar o modo de se andar a vida, a relação com a natureza, as formas de produção e reprodução social que tornaram o mundo um lugar inóspito para milhões e milhões de seres humanos. E, particularmente no Brasil, a atual crise sanitária – conjugada à crise econômica, social e política – torna inadiável a necessidade de se refletir sobre os determinantes sociais da saúde, sobre o sofrimento psíquico gerado pelo luto coletivo e pela incerteza dura com relação ao futuro.

Nesse contexto, a universidade, principalmente a universidade pública, está passando por um processo de reconstrução de suas

práticas pedagógicas, com os docentes em trabalho remoto, a partir da utilização, em larga escala, das tecnologias do ensino à distância, cujo efeito mais deletério é, certamente, a mudança na intensidade e na qualidade das relações entre professores e alunos. Com isso, além do sofrimento mais geral, ocasionado pelo impacto da crise na vida dos alunos e professores, acrescenta-se o stress derivado da mudança e necessidade de adaptação a novas formas de organização do processo de ensino-aprendizagem.

Os efeitos das múltiplas crises sobre a saúde individual e coletiva se constituíram, durante todo o ano de 2020, em tema de milhares de publicações, que, se por um lado reforçam a importância do conhecimento científico sobre a problemática de saúde, rebatendo o negacionismo que vem se disseminando em nossa sociedade, por outro apontam a magnitude dos problemas, atuais e potenciais, que teremos que enfrentar, inclusive os efeitos perversos que a crise vem gerando no ensino superior e na saúde da comunidade acadêmica, de modo geral.

Por tudo isso, a publicação do livro de autoria da professora Maria Thereza Coelho, juntamente com Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim e Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu (mestres pelo Programa Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) ganha uma relevância ainda maior, por trazer à reflexão e ao debate a importância de se fortalecer a perspectiva interdisciplinar na produção científica e no ensino universitário e, principalmente, por evidenciar, com consistência e clareza, a diversidade de saberes, concepções e práticas produzidas e reproduzidas pelos docentes e alunos do BIS.

Considerando os novos desafios que estamos enfrentando neste momento, me parece que os resultados apresentados neste livro constituem uma *linha de base*, um ponto de partida para novas e profícuas investigações, que levem em conta as mudanças que estão ocorrendo na vida universitária e no cotidiano desses sujeitos e seus familiares e amigos, gente que trabalha, estuda e luta cotidianamente pela vida que merece ser vivida, com saúde, dignidade e esperança.

Carmen Teixeira  
Natal de 2020

# PRÓLOGO





# Saúde e educação: desafios, questões e aspectos metodológicos

Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim  
Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Este livro é fruto de um trabalho de investigação[1] sobre as concepções e práticas de saúde de estudantes e professores de um curso superior implantado na Universidade Federal da Bahia (UFBA), no ano de 2009, denominado Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Com o intuito de colaborar para a superação das limitações oriundas do foco reducionista na doença e na especialização precoce, desvinculado do contexto sociocultural da saúde, o BIS surge como curso não profissionalizante, como primeiro ciclo do processo de formação superior para parte do alunado que opta por tal trajetória acadêmica. Esse curso se diferencia dos demais da área da saúde por adotar modelos pedagógicos ativos e abertos, promover uma formação generalista não profissionalizante, em que atividades de ensino, pesquisa e extensão nos campos científico, humanístico e artístico são realizadas, visando o desenvolvimento de uma visão mais abrangente e crítica acerca dos fenômenos, problemas e necessidades do campo da saúde. O BIS provoca mudanças na educação superior, estimulando o desenvolvimento de competências, a capacidade de reflexão ética dos discentes e habilidades a partir de princípios, valores, métodos e práticas que ampliam a autonomia dos estudantes no seu processo de aprendizagem, promovendo uma formação acadêmica capaz de enfrentar a complexidade da sociedade contemporânea, notadamente no que diz respeito aos determinantes do

---

[1] Essa investigação resultou em duas dissertações de mestrado junto ao programa de pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, cujos conteúdos compõem este livro.

processo saúde-doença e aos níveis de organização das práticas de saúde. (ALMEIDA FILHO, 2011; TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013)

O 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 a “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)

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 dessa área ainda representa um grande desafio nos dias de hoje, pois tem majoritariamente 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 e modelo clínico hegemônico (centrado no saber e prática médica, na doença e nos procedimentos) vem contribuindo para a fragmentação dos saberes e fazeres e, conseqüentemente, dificultando as práticas interdisciplinares. (CARVALHO; CECCIM, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004) Há, portanto, 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; e 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)

A saúde e a doença implicam processos dinâmicos e complexos que englobam também a reorganização do trabalho e as relações entre os indivíduos e seus espaços de vida. A rápida transformação social, o desenvolvimento tecnológico e científico, a difusão do conhecimento e a necessidade emergente de atender à complexidade dos problemas da contemporaneidade desafiam a universidade, provocando uma demanda de formação que transcende o modelo biomédico, a educação pautada no ensino utilitarista, tecnicista e cientificista, e que garanta a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos seus eixos estruturantes. (ALMEIDA FILHO, 2011) É na universidade, enquanto ambiente de aprendizagem, que estudantes e professores podem construir valores e desenvolver práticas que influenciarão a sua saúde e a de sua comunidade. (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004) Desse modo, com base na necessidade de novas articulações entre a Universidade e a sociedade, cabe perguntar: que concepções e que práticas de saúde têm sido desenvolvidas na educação superior em saúde? Em nível mais restrito, e não menos importante, que representações e ações ligadas à saúde têm sido promovidas por estudantes e docentes de um curso superior que se propõe a ir além do modelo biomédico, como é o caso do BIS?

Para responder, discutir e problematizar questões dessa natureza, realizamos uma pesquisa[2] com os estudantes e docentes desse curso, entre os anos de 2014 e 2017, utilizando como referencial metodológico a análise de conteúdo de Bardin (2016). A produção dos dados foi feita com 212 estudantes (do total de 245 ingressantes no curso em 2014), com idade entre 18 e 61 anos, de ambos os sexos, e com nove professores (do total de 11 docentes, à época). Duas professoras foram excluídas da amostra por pertencerem à equipe do grupo de pesquisa. Os docentes participantes do estudo se encontravam em regime de trabalho de dedicação exclusiva na universidade. Os discentes responderam

---

[2] Ela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob parecer de número 741.183.

um questionário composto por questões abertas e de múltipla escolha e os docentes foram entrevistados individualmente.

Em relação às concepções de saúde e doença, foram selecionadas as respostas e narrativas referentes às perguntas “o que é saúde para você?” e “o que é doença para você?”. Para uma representação mais pormenorizada dos dados brutos, foi realizada a categorização a partir da análise temática, identificando-se as unidades de significação semelhantes, formando núcleos de sentido, dando origem a duas categorias: 1. concepções de saúde; e 2. concepções de doença.

Em relação às práticas ligadas à saúde, dos estudantes, foram analisadas as respostas para quatro questões abertas, a saber: 1. “que ações você considera importantes para manter a saúde?”; 2. “quais dessas ações você realiza para manter a sua saúde?”; 3. “que ações você considera importantes para prevenir doenças?”; e 4. “quais dessas ações você já realizou para prevenir doenças?”. As respostas foram analisadas conforme a análise de conteúdo temática de Bardin, identificando-se subtemas que originaram as categorias analíticas, a partir das quais foram produzidas inferências e a interpretação dos resultados. (BARDIN, 2016) As categorias construídas foram: “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 à saúde.

No que tange à investigação das práticas de saúde dos professores, foram utilizadas as narrativas ligadas às seguintes perguntas: “quais práticas você considera importantes para promover a saúde?”; “quais dessas práticas você realiza para manter a sua saúde?”; “quais práticas você considera importantes para prevenir doenças?”; “quais dessas práticas você já realizou para prevenir doenças?”. A partir da leitura exaustiva das entrevistas com os professores, foram identificadas unidades de significação através de frases e trechos, as quais, por proximidade de sentido, originaram as seguintes categorias e subcategorias analíticas:

1. Práticas de promoção da saúde;
2. Práticas de prevenção de doenças;
3. Práticas de saúde convencionais;[3]
4. Práticas integrativas e complementares:
  - a. com fins terapêuticos;
  - b. com fins de promoção da saúde;
5. Práticas religiosas ligadas à saúde.

Além das respostas às questões mencionadas, foram também solicitadas, aos estudantes e professores, informações a respeito das práticas de atividade física, alimentação, acesso aos profissionais de saúde, assim como das práticas religiosas, integrativas ou complementares utilizadas. Em relação à prática de atividade física, as informações envolveram frequência semanal, tempo médio de atividade por dia e se é realizada com ou sem acompanhamento profissional. Quanto aos hábitos alimentares, as informações envolveram o consumo de água, sódio, açúcar, frutas, cereais, verduras, carne vermelha, entre outros. Em relação às práticas integrativas e/ou religiosas, as informações se relacionaram a práticas atuais ou passadas, de modo amplo. No que diz respeito às práticas biomédicas, foi investigado o acesso aos profissionais de saúde.

O processamento dos dados oriundos dos 212 questionários se deu através do software IBM SPSS Statistics. Foi aplicado o teste de qui-quadrado de Pearson ( $p < 0,05$ ) para a análise das associações entre as variáveis. Tendo em vista a complexidade do objeto de investigação, optou-se por uma abordagem de triangulação metodológica, através da qual se utilizaram várias técnicas de análise dos dados. (MINAYO, 2014) A triangulação é apontada como um caminho seguro para a validação de uma 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.

Este livro apresenta e discute, assim, os resultados dessa pesquisa. Ele é composto de três partes, seguidas por um epílogo. A primeira parte compreende um capítulo que reflete acerca dos desafios da formação

---

[3] Consideramos, neste texto, como práticas convencionais aquelas fundamentadas em evidências clínico-epidemiológicas, sustentadas pelo modelo biomédico, ainda predominante.

em saúde e apresenta o delineamento metodológico da nossa pesquisa. A segunda parte engloba dois outros capítulos que abrangem as ideias e ações dos estudantes ligadas à saúde e à doença. A terceira parte, por sua vez, abrange dois capítulos sobre as concepções e práticas de saúde dos professores. Por fim, no epílogo, refletimos sobre os desafios da educação superior em saúde ante a necessidade de modelos mais complexos, no campo da saúde, para atender e superar os seus problemas. Desejamos que este trabalho colabore para a reflexão e o movimento de transformação da educação superior em saúde. Que a sua leitura seja proveitosa!

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/39hQFyt>. Acesso em: 15 maio 2015.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-182.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2013.
- COELHO, M. T. A. D.; TEIXEIRA, C. F. (org.). *Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado interdisciplinar em saúde*. Salvador: Edufba, 2016.
- DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre a triangulação (metodológica). *CIES e Working Paper*, Lisboa, n. 60, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/1319>. Acesso em: 15 nov. 2015.
- 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.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- 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.

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. (org.). *Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado interdisciplinar em saúde*. Salvador: Edufba, 2016. p. 129-48.

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.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1635-1646, 2013.





**PRIMEIRA PARTE**  
**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE**  
**SAÚDE DE ESTUDANTES DE UM**  
**CURSO SUPERIOR EM SAÚDE**



# Saúde e doença: as concepções dos estudantes

Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Marcelo Nunes Dourado Rocha

## A saúde e a doença na perspectiva dos estudantes

A maioria dos participantes deste estudo constituiu-se 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 segundo as 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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (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
<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>100</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pelos autores.

**Tabela 2** – Concepções de saúde e doença, por categoria, entre os estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (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
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fonte: elaborada pelos autores.

**Tabela 3** – Concepções de saúde e doença, por categoria, entre os estudantes em geral do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA), 2014

Categorias/Concepções	Saúde		Doença	
	n	%	n	%
Biopsicossocial: saúde e doença ligadas a aspectos biológicos, psicológicos e sociais	101	48	19	9
Psicológica/individual: saúde e doença ligadas a sentimentos e comportamentos	57	27	50	24
Biomédica: saúde e doença ligadas ao funcionamento biológico do corpo	50	24	136	64
Não responderam	3	1	6	3
<b>TOTAL</b>	<b>211</b>	<b>100</b>	<b>211</b>	<b>100</b>

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 alvo de intervenção. Por exemplo, a rotulagem nutricional de alimentos embalados é obrigatória no país desde 2001. (ANVISA; UNB, 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 necessário para compreendê-las; entretanto, a pesquisa na internet, a notícia na TV, a conversa com um vizinho e/ou profissional de saúde poderão 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 por *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 desse profissional, 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 ante um problema de saúde. Conhecer e considerá-los é 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 seguinte resposta ao 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 24% 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 24% 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% 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. Para Canguilhem (2009), o normal e o patológico são fenômenos diferentes, representam 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) de 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.

## **Reflexões e novas perspectivas**

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 Organização Mundial da Saúde (DALMOLIN et al., 2011), 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 convida 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 atender as 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 conectado à 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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (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 ante os diversos elementos do campo da saúde.

No decorrer deste estudo, foram percebidas algumas limitações, diante da 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 da graduação e verificar os efeitos dessa formação.

## Referências

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

ANDIFES. *III Perfil Socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras*. Brasília, DF: Fonaprace, 2011.

ANVISA; UNB. *Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação às indústrias de alimentos*. 2. ed. atual. Brasília, DF: Anvisa: UnB, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3qXM2Qd>. Acesso em: 4 mar. 2016.

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 25-49.

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

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 em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/38l0ACo>. Acesso em: 25 fev. 2021.

DINIZ, F. R. A; OLIVEIRA, A. A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. *Scientia*, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 143-158, 2014.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade: a vontade de saber*. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GADAMER, H.-G. *The enigma of health: the art of healing in a scientific age*. Palo Alto: Stanford University Press, 1996.

LAMAR, A. R; NASCIMENTO, L. R. Vinculações filosóficas de Michel Foucault. *Húmus*, São Luís, v. 3, n. 9, p. 122-139, 2013.

MEIRA, I.; CARVALHO, A. P. A saúde e sua relação intrínseca com o organismo e o ambiente. *Fórum Sociológico*, Lisboa, n. 20, p. 75-82, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/sociologico.512>. Acesso em: 15 out. 2015.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cadernos 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 em Ciências da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2012.

REIS, A. M.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 347-357, 2010.

REIS, J. C. (org.). *O sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja, 1999.

SABROZA, P.C. *Concepções sobre saúde e doença*. Rio de Janeiro: ENS/Fiocruz, 2006. Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde. 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. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 17, n. 3, p. 345-354, 2014.

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.



# **As práticas de saúde dos estudantes: a universidade como espaço de promoção da saúde?**

**Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Marcelo Nunes Dourado Rocha**

## **Os estudantes e suas práticas**

Do total de questionários respondidos pelos estudantes presentes nos dias da coleta de dados (n = 220) foram excluídos oito, 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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (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 consideraram importantes os diversos determinantes sociais para a promoção da saúde, com mais evidência entre estudantes do sexo feminino (11,1%) (Tabela 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 atendam 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 o direito à saúde não está atrelado apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas apresenta relação com diversos outros, 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 também que 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. (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2011; BUSS, 2000)

### **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 a inúmeras atividades acadêmicas, a viver longe dos pais e ao 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 na seguinte resposta:

*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 atividade física (Tabela 3), verificou-se que 67,5% dos participantes adotavam essa 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 (quatro a cinco vezes) em comparação com as mulheres (uma a duas vezes). Quanto ao tempo de duração da atividade, constatou-se, entre as estudantes, que a maior frequência foi de 31 a 60 minutos (42%), e, entre os homens, de 61 a 80 minutos (38,1%). 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** – Prática de atividade física entre os estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA), conforme sexo, 2014

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Prática atividade física							0,14
<i>Sim</i>	54	74	80	64	134	67,5	
<i>Não</i>	19	26	45	36	64	32,5	
Às vezes							
Prática 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
<i>0</i>	0	0	3	3,2	3	1,9	
<i>1 a 2 vezes</i>	15	25	33	35,1	48	31	
<i>3 a 4 vezes</i>	11	18	19	20,2	30	19,4	
<i>4 a 5 vezes</i>	19	31	24	25,5	43	27,7	
<i>5 a 6 vezes</i>	11	18	12	12,8	23	14,8	
<i>Todos os dias</i>	5	8	3	3,2	8	5,2	
Tempo de atividade física							0,02
<i>0 a 30 minutos</i>	10	15,9	21	22	31	19,8	
<i>31 a 60 minutos</i>	15	23,8	39	42	54	34,4	
<i>61 a 80 minutos</i>	24	38,1	26	28	50	31,8	
<i>81 a 120 minutos</i>	14	22,2	7	7	21	13,4	
<i>Acima de 120 minutos</i>	0	0	1	1	1	0,6	

Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborada pelos autores.

Os resultados 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 e demais autores (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, devido aos modelos estéticos preconizados pela mídia. Para Alves e demais autores (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 e demais autores (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 JUNIOR 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 destes, 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; BUSATO et al., 2015; CATTAFESTA et al., 2012)

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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA) conforme sexo, 2014

Variáveis	Masculino						p-valor*
	n	%		%		%	
Faz 3 refeições/dia							0,87
Sim	65	89		89		88,8	
Não	1	1,4		2		2	
Às vezes	7	9,6		9		9,2	
Ingere 2 litros água/dia							0,002
Sim	55	72,4	63	47,7	118	57	
Não	9	11,8	26	19,7	35	17	
Às vezes	12	15,8	43	32,6	55	26	
Faz refeição em casa							0,02
Sim	9	12,5	37	29,6	46	23	
Não	36	50	52	41,6	88	45	
Às vezes	27	37,5	36	28,8	63	32	
Traz refeição de casa							0,45
Sim	7	10	19	15,7	26	13,5	
Não	44	62	66	54,5	110	57,3	
Às vezes	20	28	36	29,8	56	29,2	

Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborada pelos autores.

Em relação ao hábito de fazer refeição em casa, identificou-se que 23% dos estudantes o fazem, sendo mais comum entre as estudantes. Esse dado apresentou relevância estatística ( $p < 0,05$ ). Busato e demais autores (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.

Nota-se também que 45% dos estudantes não fazem as refeições em casa e 57,3% deles não levam para a universidade as refeições. 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 apresenta um sentido mais amplo, pois envolve seleção, escolhas, necessidades sociais, considerando sempre a cultura, raça, qualidade dos alimentos, dentre outros aspectos. (BRASIL, 2014; FARIA; RINALDI; ABDALA, 2015; REZENDE et al., 2014) 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 e demais autores (2012).

No presente estudo, os estudantes consideraram importante o consumo de água, inclusive ressaltando a quantidade diária, tal como apontou um estudante:

*[...] ingerir no mínimo 2 a 3 litros de água por dia [...]. (E180)*



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 isso 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 por conta 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 68,6% deles não busca a orientação de nutricionistas sobre o que consumir diariamente, não havendo, quanto a isso, 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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA) conforme o sexo, 2014

Variáveis	Masculino		Feminino				p-valor*
	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	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	
<i>Às vezes</i>	20	27	42	31,8	62	30,1	
Consumo de frutas							0,46
<i>Sim</i>	9	12	13	9,8	21	10,2	
<i>Não</i>	40	53	81	61,4	121	58,4	
<i>Às vezes</i>	27	35	38	28,8	65	31,4	
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	
<i>Às vezes</i>	27	37	40	32,5	67	34,2	
Consumo de carne vermelha							0,63
<i>Sim</i>	21	29	37	30,1	58	29,9	
<i>Não</i>	19	27	32	26	51	26,4	
<i>Às vezes</i>	31	44	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	
<i>Às vezes</i>	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	
<i>Às vezes</i>	23	31,9	44	35,5	67	34,2	

Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborada pelos autores.

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%).

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 (10,2%), dentre os quais 12% são homens e 9,8% são mulheres. Esse consumo é também irregular entre 31,4% 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; URANGO; DEOSSA, 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:

*Tento ter uma alimentação balanceada, utilizando frutas e verduras [...]. (E45)*

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 (46,4%) 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 no 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, afetando a ingestão 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 e demais autores (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 para 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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (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 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-food* 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 habitual.

Os participantes do nosso estudo não apresentaram 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 um estudante:

*Mantenho uma alimentação saudável (sou vegetariano). (E106)*

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 (2007, p. 102), “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, 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 apoia [...].* (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 para a adaptação do estudante a esse 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, dando-lhes 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 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 desses aspectos na sua saúde e futura prática profissional. Formoso e demais autores (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 a todas as pessoas.

## **Práticas clínicas biomédicas**

Os estudantes consideraram o papel do médico, a identificação dos agentes patológicos e os aspectos biológicos e fisiológicos ligados à saúde e à doença elementos importantes para a promoção da saúde (2,4%), com pequena diferença entre os sexos (Tabela 1), e para a prevenção de doenças (20,85%), também com pequena diferença entre os sexos (21,4%) (Tabela 2). Quanto às práticas de promoção da saúde,

3,3% dos estudantes afirmaram realizar exames e usar medicamentos (práticas biomédicas), 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 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 Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA) conforme sexo, 2014

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		p-valor*
	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							0,139
<i>Sim</i>	40	64,5	79	75,2	119	71,3	
<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	

Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborada pelos autores.

De acordo com Moraes (2012), na prática biomédica, além da determinação biológica, há uma normatização vertical, cabendo ao médico desempenhar 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 como 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 dos indivíduos e fazem com que 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, permitindo-lhes 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 e demais autores (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 quando doentes, 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; FERRÉ; 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 por influência do 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, uma necessidade que complementa o tratamento de diversas doenças, justamente por conta da precariedade do sistema público de saúde. Por tal motivo, a instituição 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. (IURAS et al., 2016)

Apesar dessa consideração da OMS sobre a automedicação, a aquisição de medicamentos deveria seguir orientações de profissionais habilitados, pois seu uso indevido 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, esse 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. De fato, elas 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 às atividades de prevenção da doença, elas foram evidenciadas por 2,84% dos estudantes e praticadas por 1,9%; tais práticas, para o sexo masculino (3%), ocorriam o dobro de vezes em relação ao 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, religiosas e populares. Dentre essas, observou-se que 59,8% dos estudantes não utilizam as práticas integrativas (Tabela 7), sendo as mais utilizadas a massagem (28,7%), a homeopatia (19,6%), a fitoterapia (15,9%), o Pilates (13,7%) e a acupuntura (12%). 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 eles.

**Tabela 7** – Outras práticas de saúde dos estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFBA) conforme o sexo, 2014

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Utiliza práticas integrativas							0,15
Sim	24	33,8	54	44,3	78	40,2	

Não	47	66,2	68	55,7	116	59,8	
Massagem							0,203
Sim	15	23,1	35	32,1	50	28,7	
Não	50	76,9	74	67,9	124	71,3	
Cirurgia espiritual							0,558
Sim	6	9,4	7	6,9	13	7,8	
Não	58	90,6	95	93,1	153	92,2	
Fitoterapia							0,664
Sim	9	14,3	17	16,8	26	15,9	
Não	54	85,7	84	83,2	138	84,1	
Pilates							0,037
Sim	4	6,5	19	17,9	23	13,7	
Não	58	93,5	87	82,1	145	86,3	
Acupuntura							0,053
Sim	3	4,7	17	16,5	20	12	
Não	61	95,3	86	83,5	147	88	
Banho de folhas							0,339
Sim	8	12,3	8	7,8	16	9,6	
Não	57	87,7	94	92,2	151	90,4	
Terapia floral							0,429
Sim	4	6,3	10	9,9	14	8,5	
Não	59	93,7	91	90,1	150	91,5	
Yoga							0,247
Sim	3	4,8	10	9,9	13	8	
Não	59	95,2	91	90,1	150	92	
Danças circulares							0,611
Sim	2	3,2	2	2	4	2,4	
Não	60	96,8	100	98	160	97,6	
Homeopatia							0,421
Sim	10	16,4	22	21,6	32	19,6	
Não	51	83,6	80	78,4	131	80,4	
Termalismo social/ crenoterapia							0,717
Sim	1	1,6	1	1	2	1,2	
Não	60	98,4	100	99	160	98,8	
Rezadeira							0,906

<i>Sim</i>	4	6,5	7	6,9	11	6,7	
<i>Não</i>	58	93,5	94	93,1	152	93,3	
Reeducação postural global							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	

Emprego do teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: elaborada pelos autores.

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 esse 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 (SUS) através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, criada em 2006. Por meio 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.

## **A universidade como espaço de promoção da saúde**

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 existência do restaurante universitário (RU) na Universidade Federal da Bahia (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 frequentam a instituição, 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. (REGO, 2011)

Mesmo que 72,4% dos estudantes residam com familiares, esse convívio não influenciou por completo seus hábitos alimentares, uma vez que os alunos apresentaram 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 três 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 sugestões de desdobramento desta parte do estudo, apontamos para a realização de uma nova pesquisa sobre as práticas de saúde dos estudantes do BIS no final do curso, para verificar se há diferenças de comportamentos nesses distintos momentos da formação. Sugere-se ainda a realização de novos estudos com estudantes de outras

graduações de saúde e de outras áreas, de modo a ter uma visão mais abrangente 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. A comparação de nossos achados com os resultados de pesquisas efetuadas em outras universidades e cidades nos forneceu uma visão ampliada acerca das práticas de saúde adotadas por estudantes da educação superior em saúde.

## Referências

ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. (ed.). *Saúde mental da mulher*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 229-268.

ACKERMAN, D. *Uma história natural dos sentidos*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (Portugal). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Políticas Públicas Saudáveis*. Lisboa: IHMT, 2011.

ALVES, J. G. B. *et al.* Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 11, n. 55, p. 291-294, 2005.

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

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.

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, 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*. 2012. [Trabalho de Conclusão de Curso] (Especialização em 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: 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, 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. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de 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, DF, 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, 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, 2010.

CATTAFESTA, M. *et al.* Condições higiênico-sanitárias de um restaurante universitário e as práticas alimentares de seus usuários. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 14, n. 4, p. 36-43, 2012.

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, 2012.

COULON, A. *A condição de estudante: a entrada na vida universitária*. Salvador: EDUFBA, 2008.

- DONNE, J. *Meditações*. Tradução Fábio Cyrino. São Paulo: Landemark, 2007.
- FARIA, N. U.; RINALDI, A. E. M.; ABDALA, M. C. Hábitos alimentares e sociabilidade no horário de almoço de estudantes universitários. *Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde*, 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*, Araraquara, v. 21, n. 2, p. 225-226, 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. *European Journal of Epidemiology*, New York, v. 16, n. 1, p. 19-26, 2000.
- FORMOZO, G. A. *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, 2012.
- GRUNBAUM, J. O. *et al.* Youth risk behavior surveillance: United States, 2001. *MMWR Surveillance Summaries*, Atlanta, v. 51, n. 4, p.1-68, 2002.
- 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: <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2016.01.001>. 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: Vida e Saúde*, Goiânia, v. 40, n. 2, p. 151-164, 2013.
- MADUREIRA, A. S. *et al.* Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2139-2146, 2009.
- MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Saúde, religião e cultura: um diálogo a partir das práticas afro-brasileiras. *Saúde e Sociedade*, 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 Coletiva*, Brasília, DF, v. 10, n. 2, p. 205-217, 2016.

MORAES, G. V. O. *Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2012.

MOURA JUNIOR, 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.

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

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, 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, 2015.

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

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*, San Francisco, v.7, n.7, e41314, p.1-8, jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041314>. Acesso em: 10 jan. 2017.

PEREZ, P. M. P. *et al.* 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, 2016.

PINTO, M. C. X.; FERRÉ, F.; PINHEIRO, M. L. P. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 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*, Ribeira de Pena, v. 10, n. 1, p. 3-13, 2014.

RALL, L. M. F. *et al.* A relação entre gênero e adesão à atividade física no lazer. *EFDeportes.com*, Buenos Aires, ano 17, n. 168, p. 1, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3puEjPD>. Acesso em: 10 nov. 2016.

- REGO, I. T. *Políticas públicas saudáveis: estudo de caso português*. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde e Desenvolvimento) – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, 2011.
- RESTREPO, L. F.; URANGO, L. A.; DEOSSA, G. C. Conocimiento y factores asociados al consumo de frutas por estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista Chilena de Nutrición*, Santiago, v. 41, n. 3, p. 236-242, 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, 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. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, 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, 2009.
- 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. Disponível em: <https://bit.ly/3iYBZaT>. Acesso em: 6 jan. 2017.
- TEO, C. R. P. A. *et al.* Ambiente alimentar e vulnerabilidade de adolescentes universitários: um estudo com foco no convívio familiar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 16, n. 1, p. 49-58, 2014.
- VIEIRA, A. C.; CARVALHO, A. L. *A história de vida e as percepções do paciente ao viver com aids*. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso referente à disciplina Estágio Supervisionado II (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- 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, 2013.





**SEGUNDA PARTE**  
**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE**  
**SAÚDE DE PROFESSORES DE UM**  
**CURSO SUPERIOR EM SAÚDE**



# As concepções dos professores universitários sobre o processo saúde-doença

Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro

## A saúde e a doença sob o ponto de vista dos docentes

Na época, os participantes do estudo se encontravam em regime de trabalho de dedicação exclusiva na universidade, com alto nível de qualificação, na medida em que oito possuem doutorado e uma também pós-doutorado. A faixa etária do grupo variava de 36 a 59 anos, com média de 45 anos. Os participantes estão representados, neste estudo, pela letra P, de participante, acrescida de um numeral.

Os conceitos de saúde e doença são complexos, multidimensionais, portanto, difíceis de serem definidos, como foi expresso pela maioria dos participantes. Os longos silêncios e risos nas respostas ligadas a esses temas parecem estar relacionados a isso:

*[...] objeto que é complexo, que é fugaz, a gente não consegue dar conta com um conceito só, então acredito que tem múltiplos conceitos [...]. (P2)*

*[...] a saúde é um conceito polissêmico, que se presta a diferentes concepções [...]. (P3)*

*Pergunta difícil esta... [risos] [...]. (P5)*

*[...] o que é doença... [silêncio] [...]. (P6)*

Tal complexidade parece estar ligada ao princípio básico de que nos deparamos com limites entre a construção do conceito e a experiência real. A esse respeito Czeresnia (2009, p. 44) pontua sobre “[...] o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer”.

Batistella (2007, p. 27) afirma que “os conceitos são a referência da prática”, ou seja, é através de profunda e contínua investigação e revisão dos conceitos que se torna possível manter as políticas e práticas também em constante revisão. Tais revisões incluem a participação da filosofia e da literatura como complementares à medicina, havendo uma necessidade de revalorização de diferentes linguagens, ampliando o conhecimento científico ao que é singular, subjetivo, cultural. (CZERESNIA, 2009) Podemos perceber isso na fala de um dos participantes:

*[...] a ciência não me dá essa possibilidade de saúde, quem vai me dar isso é a própria literatura, por exemplo, me dá muito mais, me faz pensar mais nessa saúde para além do orgânico [...], por exemplo, da literatura, é, ela faz você pensar a riqueza, digamos, a abertura pra pensar as várias maneiras ou possibilidades de vida, formas de vida, e aí esse saber, essa questão que vem da arte que não trabalha com a certeza, apesar também que a certeza, ela também tá muito problematizada, eu digo, discutida na própria ciência. [...] a vida, [...] ela é muito mais ampla do que o nosso conhecimento científico define. (P8)*

Edgard Morin (2003, p. 45) nos revela que “em toda grande obra, de literatura, de cinema, de poesia, de música, de pintura, de escultura, há um pensamento profundo sobre a condição humana”. Além disso, adverte sobre um humano eliminado pelas fragmentações disciplinares e que só o pensamento complexo é capaz de articular os campos disciplinares, pois este “aspira ao conhecimento multidimensional”. (MORIN, 2006, p. 6)

Tratando-se da multidimensionalidade e complexidade conceitual, Almeida Filho (2011, p. 15), em sua trajetória de estudos, reflexões e escritos, faz uma avaliação inicial de que a saúde é “um problema filosófico, científico, tecnológico, político e prático e diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa”. Para Morin (2003, p. 14),

Existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o

mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes.

Tais aspectos corroboram a reflexão acerca da necessidade de contextualização no que se refere ao desenvolvimento do pensamento do complexo, pois Morin (2003) considera que é necessário sempre se buscar a relação entre o fenômeno e o seu contexto e a relação de reciprocidade entre o todo e as partes e as partes e o todo.

No presente estudo, as concepções acerca da saúde e da doença foram classificadas em duas categorias, conforme citado anteriormente. Quanto à categoria “concepções de saúde”, foi possível identificar dimensões que compõem o conceito ampliado de saúde, havendo uma concentração das ideias em torno da perspectiva biopsicossocial, com maior ênfase nos aspectos psicológicos. Tal perspectiva abrange simultaneamente as dimensões biológica, subjetiva, política e social, como pode ser observado nos fragmentos discursivos a seguir:

*[...] estar bem... conseguir fazer as coisas [...]. (P1)*

*[...] é um bem-estar individual, digamos assim, que envolve aspectos sociais, emocionais, fisiológicos, biológicos... envolve trabalho, envolve família, envolve sociedade, acesso a serviço, justiça social [...]. (P2)*

*[...] é resultante da qualidade de vida que a gente tem... depende de todas as condições de vida, as condições de trabalho da gente... é capacidade de luta. Saúde é ter o necessário para ter uma vida digna, [...] não é somente ausência de doença [...]. (P7)*

*[...] a gente tem repensado muito, e saúde é muito mais autonomia, capacidade de luta, é posicionamento no mundo, do que uma compreensão biológica [...] é mesmo uma posição do sujeito no mundo, uma posição ativa, uma capacidade crítica, e inclusive [...] em relação a sua condição biológica. (P9)*

A ênfase nos aspectos psicológicos se deu através de ideias que ressaltaram a saúde como capacidade de luta, equilíbrio, autonomia, capacidade de crítica e bem-estar como elementos muito citados, articulando a relação do indivíduo consigo mesmo e com o meio ao qual está inserido. Tal articulação aponta para um avanço da concepção de saúde, incluindo como fundamentais e funcionais os aspectos subjetivos:

*[...] além de não ser uma questão só biológica, mas também não é uma questão só social, e acho que, cada vez mais, também, subjetiva, relacionada à nossa história de vida, né, à nossa saúde, é totalmente vinculada à nossa história de vida [...]. (P4)*

*Desde quando a pessoa busque equilíbrio, eu acho que eu relacionaria este modo de andar a vida com equilíbrio no viver, na alimentação, na atividade física, na redução do estresse e principalmente ter um trabalho, uma profissão, que lhe dê prazer, que lhe dê satisfação, que lhe proporcione a autoestima, sentido, significado para a vida que você tem. (P5)*

*[...] é um bem-estar, eu acho que é você se alimentar bem, é você ter capacidade de fazer exercícios físicos, [...] acho que o emocional estar em harmonia, é você estar inserido em um grupo social, então é um leque de coisas que te faz se sentir bem, e não só relacionado ao orgânico [...]. (P6)*

O conceito de doença foi inicialmente constituído a partir da compreensão do corpo humano, com base na anatomia e fisiologia, como um corpo, na maioria das vezes, desconectado e desprovido de relações, significados e de todas as cargas e estimulações que o influenciam. Desse modo, historicamente, com a hegemonia da objetividade científica, foi criado um distanciamento entre “a vivência da saúde e da doença e as possibilidades de seu conhecimento”. (CZERESNIA, 2009, p. 47) É importante salientar que a Medicina enquanto ciência não consegue responder, de forma isolada, o que é saúde e doença. Não se trata, porém, de desconsiderar sua fundamental importância, mas apontar seus limites. (BATISTELLA, 2007)

As discussões que envolvem a saúde e a doença sob o enfoque reducionista de Boorse compreendem a saúde como sinônimo de evidências objetivas e de um corpo funcionando adequadamente ou não. (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002) Tal perspectiva tende a ser questionada pelos participantes, quando se referem à saúde de forma abrangente, incluindo a relação consigo mesmo e com o meio, como fatores intrinsecamente relacionados, sem negligenciar os aspectos orgânicos e a importância da evolução da medicina, como se pode observar nos seguintes fragmentos:

*[...] desde as concepções mais voltadas a aspectos biológicos, como a ausência de doença, por exemplo, até, como eu disse anteriormente, a concepções mais ampliadas que envolvam as discussões das políticas, das práticas, das ações de saúde, que são realizadas em torno desse conceito [...]. (P3)*

*[...] responde a processos biológicos, mas também não é só um processo biológico [...] responde também a questões relacionadas à inserção do nosso corpo no meio ambiente ou no universo [...]. (P4)*

*[...] o saber médico, o biomédico, o científico, claro que isso é altamente importante e pertinente. A gente vê coisas muito interessantes de avanço [...], essas tecnologias e novos saberes científicos e biomédicos [...] claro, fazem a vida [...] as pessoas que têm HIV falam... elas conseguem sonhar, amar, pensar no futuro, ainda que com todo o problema evidentemente de estigma, dificuldade de revelação, os problemas do próprio tratamento [...]. (P8)*

O processo de (con)viver com saúde ou com doença não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva, nem a um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionado às características de cada contexto do indivíduo, seja ele cultural, social, político ou econômico, e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver. (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002) Apesar disso, com base no conceito de normatividade, é possível compreender o fenômeno da vida em sua racionalidade intrínseca. A normatividade está presente fenomenologicamente no próprio ser vivente, assim como na vida que, segundo Canguilhem (2014, p. 80), não é insensível às condições nas quais ela se dá, portanto esta é “uma atividade normativa”. Nessa perspectiva, a saúde significa a capacidade do indivíduo de gerar novas normas, como um ser autônomo, que tem em si a sua própria concepção de saúde, como apontaram Coelho e Almeida Filho (2002) e como afirmou uma das entrevistadas:

*[...] parte pela minha formação acadêmica, mas também como pessoa, parte por conta do momento, das coisas que me interessam, das coisas que eu faço, eu penso de uma determinada forma sobre as coisas [...]. De repente eu acordo e vejo de que eu não vou conseguir fazer aquilo que eu tava pensando, que eu não tô dando conta, que meu corpo não tá reagindo. Então, em primeiro momento, como é que eu ajo? Eu tenho que resolver. (P1)*

Dessa forma, segundo a análise realizada por Coelho e Almeida Filho (1999) sobre o normal e o patológico de Canguilhem, o estado patológico implica certa relação com o meio, em que o indivíduo não consegue responder às suas exigências ou ser normativo. Assim também compreendem os participantes deste estudo, na categoria “concepções de doença”, quando consideram a doença através de uma perspectiva biopsicossocial, como exemplificado nos fragmentos a seguir:

*[...] Doente no sentido de ter uma dor, um incômodo, algo que dificulte andar ou fazer ou pegar, [...]. Quando você tá doente é que, de fato, você se dá conta de uma série de coisas do seu dia a dia, da dinâmica do seu dia a dia. (P1)*

*A doença [silêncio] [...] o que vem na minha cabeça é a ausência de saúde [risos], a doença é um estado de desequilíbrio, na verdade, do corpo, do organismo ou da mente, que... esse desequilíbrio altera o funcionamento do indivíduo, a inserção social, é... eu consideraria a doença assim. (P2)*

*[...] o fato de você não conseguir acordar e não conseguir fazer as coisas que você tinha programado para fazer durante o dia ou à noite também, por algum motivo você não conseguir realizar os seus planos. (P4)*

*[...] doença é aquilo que aparece onde eu fracassei... na luta. (P7)*

*Doença são problemas físicos, mas também são dificuldades de estar no mundo, desequilíbrio, é a incapacidade de fazer planos, a condição de objeto da sociedade [...]. (P9)*

Nessa mesma direção, Coelho e Almeida Filho (1999, p. 28), revisitando Canguilhem, nos alertam que “o patológico também é normal, pois a experiência do ser vivo incluiria a doença”, ou seja, a norma é individual e o patológico se liga à possibilidade de readaptação de cada indivíduo. A abordagem de Canguilhem (2014) é um convite ao sujeito a se posicionar diante de si mesmo, suas debilidades e inconstâncias proporcionadas pelo meio, pela vida. Dessa forma, ela provoca e induz os sujeitos a posicionamentos subjetivos, políticos e sociais, capazes de fazê-los lutar por políticas públicas mais justas e por melhores condições de vida, fortalecendo-os enquanto autônomos, capazes de adoecer e de se afastar ou lidar com a doença. Nesse sentido, podemos sublinhar as concepções de alguns participantes deste estudo, quando assim consideram tais variações como parte da própria vida:

*[...] o desconforto é extremamente importante pra vida. Sentir dor, sentir não poder dirigir, sentir que eu não posso andar, ou que eu tenho que andar de outra forma, [...] é um desequilíbrio muito interessante para pensar sobre a vida [...] a gente vive numa lógica de não ter o desconforto [...] tudo o que desagrada a gente tenta inibir. (P1)*

*[...] é uma coisa muito [...] tão dialética, é a forma com que eu me relaciono com o mundo, com as pessoas, com os serviços de saúde que eu uso [...]. (P4)*

*O fato de ter uma doença, uma disease, até diagnosticada, não quer dizer que você, necessariamente, não tem saúde. Você pode viver inclusive com essa doença de uma forma saudável [...]. É uma postura filosófica diante da vida, que implica em você considerar a vida um lugar de construção da identidade, construção de si como sujeito, do cuidado de si. Como diria Foucault, você pode viver cuidando de si e dos outros, o que significa dar sentido à sua vida enquanto ser humano, enquanto uma pessoa, um sujeito que vive com os outros. (P5)*



De acordo com as falas desses participantes, os conceitos de saúde e doença aparecem, também, relacionados a uma posição filosófica diante da vida, a uma forma de existir, incluindo o sentido que essa posição ocupa na vida desses sujeitos. Assim, a incapacidade e a limitação emergem como condições próprias do existir. Citando Nietzsche (2000, p. 10), “o que não me mata torna-me mais forte”.

Oito dos docentes participantes deste estudo fizeram alusão a uma perspectiva de saúde baseada no modo de ver e viver a vida, corroborando a perspectiva de que a saúde e a doença fazem parte de um processo em que tais estados ou condições se alternam:

*[...] eu acho que vou deixar de ser saudável quando não tenha a força para lutar pelas coisas que preciso, que quero. (P7)*

*[...] enquanto houver essa energia que pulsa, algo que me chama pra vida, eu vou me sentir saudável. (P8)*

É possível perceber que os professores concebem a saúde como um fenômeno ampliado, que inclui a subjetividade e as possibilidades do indivíduo, inclusive de recriar a própria vida, a partir das suas diversas dimensões. É preciso, portanto, questionar o conceito de saúde quando referido somente por sua dimensão biológica, visto que este sustenta uma concepção fragmentada do ser humano. (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005)

Vale ressaltar, também, a trajetória acadêmica dos professores participantes deste estudo, em que 90% possuem mestrado ou doutorado em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, dado relevante que pode ter contribuído para uma visão ampliada do processo saúde-doença. As trajetórias acadêmicas e profissionais, em alguns casos, foram reveladas como entrelaçadas à vida pessoal e familiar, conforme os fragmentos abaixo:

*[...] Porque, parte pela minha formação acadêmica, mas também como pessoa, parte por conta do momento, das coisas que me interessam, das coisas que eu faço, eu penso de uma determinada forma sobre as coisas [...]. (P1)*

*[...] dificilmente poderei abordar esse tema sem resgatar ou sem tá influenciado por esse olhar da academia, e dos estudos que nós viemos fazendo [...]. (P3)*

*[...] essa é uma questão bem resolvida e consolidada entre os professores aqui [...], a gente compreende junto com a bibliografia que a gente aplica também, a gente tenta fazer com que os alunos compreendam saúde e doença como um processo [...] a nossa saúde é totalmente vinculada a nossa história de vida, a minha em especial [...] o fato de eu trabalhar na área da saúde remete a questões de saúde que eu tive que trabalhar durante a minha vida [...]. (P4)*

*[...] eu tive oportunidades, né, ao longo da minha vida, oportunidade do ponto de vista, inclusive intelectual, de ter acesso a um conhecimento e a uma experiência prática no campo da saúde pública, da saúde coletiva, que me ajudou a pensar dessa forma hoje [...]. Acho que tem motivações, talvez, inconscientes, subconscientes, que me levaram a decidir fazer medicina preventiva. (P5)*

*Aí quando eu comecei a pensar que alguma coisa fora das quatro paredes do hospital tá dando errado, aí que eu comecei a querer ver onde as pessoas moravam e aí essa foi a minha primeira aula de epidemiologia [...] não era o bicho, não era a diarreia, era a pobreza que matava os meninos entendeu? [...] então, depois comecei a trabalhar na favela. (P7)*

*[...] o fato de você ter uma formação [...] e ter uma discussão que vem né, da pós-graduação, é... em saúde coletiva, é, essa discussão de saúde e doença, ela tá muito, evidentemente, tá muito misturada com todas essas discussões, leituras, né, históricas diárias, então é difícil você realmente sair e desnudar tudo [...]. Eu diria que hoje é quase tudo isso faz parte do meu repertório, do que eu entendo por saúde e doença. São todas essas leituras, discussões, diálogos, aspectos políticos de um campo, né, isso sem dúvida alguma tem se misturado nas minhas próprias experiências de vida, nas minhas leituras, da arte, de cinema. (P8)*

Segundo Carlindo (2008), o professor se constitui como professor a partir das relações que estabelece entre o meio em que vive e sua história pessoal. A autora salienta em seu trabalho que, para além da trajetória acadêmica, o papel das instâncias sociais presentes na trajetória de vida irá influenciar a aquisição dos saberes docentes.

Ao mesmo tempo que apresentam um conceito ampliado, a ideia de saúde como direito e dever de cidadania, e como um posicionamento político, encontra-se referenciada nas falas de alguns professores:

*[...] e hoje em dia eu trabalho na área da saúde e, também, eu tenho toda a minha atividade política voltada, também, pra área da saúde. (P4)*

*[...] um vínculo a um projeto político coletivo que dê sentido a sua existência. Eu estou sendo bem sartriana mesmo, que dê sentido a sua existência. Nós temos que pensar nos que vieram antes e nos que virão depois. (P5)*

Trabalhar na área da saúde, de modo geral, incluindo no ensino em saúde, envolve grandes desafios e responsabilidades, pois se relaciona diretamente com os direitos sociais e coletivos. Isso exige renovadas

ações e implica o sujeito em sua própria vida, subjetiva, social e política, fortalecendo-o individualmente e coletivamente, na direção da normatividade proposta por Canguilhem (2014).

Como a prática docente deve estar sustentada na reflexão crítica e transformadora, ela pressupõe espaços e sujeitos em constante articulação, imbuídos de um ser e estar no mundo que perpassa a sua vida cotidiana acadêmica. Portanto, o posicionamento pessoal, acadêmico e social dos docentes não deve estar fragmentado e sim uníssono a seu trabalho, sendo capaz de ressoar nos espaços e tempos do seu fazer docente, o que pressupõe uma formação permanente na direção de uma pedagogia transformadora. É preciso, portanto, a articulação do conhecimento teórico-científico com os problemas concretos, no próprio trabalho pedagógico (VALMORBIDA; SILVA, 2016), uma vez que esses problemas muitas vezes emergem na própria sala de aula. Cada sala de aula deve ser afetada pelas diferentes experiências que os alunos levam para ela, através dos recursos disponibilizados, das relações professor-aluno, dos teóricos e discursos políticos usados para responder às diversas forças históricas, econômicas e culturais que geram o diálogo nesse ambiente. (GIROUX, 2016) É preciso, portanto, não sucumbir ao trabalho tecnicista, à precarização do trabalho da categoria docente, e não se afastar da fundamentação histórica, filosófica, sociológica e antropológica da prática educativa. É necessário, sobretudo, pensar a realidade politicamente e refletir sobre a forma de ver o mundo, o outro e nós mesmos, principalmente em espaços como a escola e a universidade, que são locais privilegiados de transformação social e que devem estar cada vez mais próximos da vida das comunidades.

Segundo Giroux (2016), a pedagogia de Paulo Freire tem que ser significativa para ser crítica e transformadora. Portanto, a experiência pessoal é considerada um recurso valioso, que permite aos alunos e professores relacionar, em suas narrativas, relações sociais e histórias ao que é aprendido e ensinado, como percebemos na fala dos participantes dessa pesquisa. Desse modo, a experiência torna-se um ponto de partida, um recurso de investigação que pode ser afirmado e discutido criticamente para produzir mais conhecimento e compreensão.

## O que revelam esses resultados?

Os dados produzidos nesta pesquisa revelam que os docentes participantes apresentam uma concepção ampliada de saúde, com importantes contribuições das suas trajetórias de vida e acadêmica, principalmente por se tratar de formações *stricto sensu* na área de Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública. É importante destacar que nenhum dos participantes apresentou uma concepção estritamente biomédica acerca da saúde e da doença, embora alguns tenham se referido aos aspectos orgânicos e ao cuidado médico. Tal aspecto pode se dever, também, à proposta curricular do curso em questão, que, desde a sua concepção, foi referenciado na teoria e prática da interdisciplinaridade, voltado para uma formação mais humanista, reflexiva e crítica, com foco na saúde e em um modelo pedagógico ativo, valorizando os métodos, além dos conteúdos. Vale ressaltar que a base conceitual dos professores denota um instrumental de grande importância para a prática docente e as práticas de promoção da saúde, principalmente por se tratar de formadores de profissionais da saúde, tendo em vista que “os conceitos são a referência da prática”, conforme afirmou Batistella (2007, p. 27).

As concepções dos participantes deste estudo sobre o processo saúde-doença confirmam a complexidade conceitual deste fenômeno. Tratar deste fenômeno complexo é um desafio que se impõe não somente aos docentes, pesquisadores e responsáveis por fomentar no espaço acadêmico reflexões críticas, interdisciplinares e contextualizadas sócio-histórica e politicamente, pois contempla também coordenadores de curso, gestores educacionais e demais atores envolvidos na produção de uma nova cultura organizacional e social.

É preciso garantir nos segmentos de formação, principalmente na área da saúde, uma abordagem que contemple as diversas dimensões que envolvem o processo saúde-doença, fortalecendo uma educação mais ampla e menos tecnicista, assim como práticas profissionais e pessoais mais abertas e voltadas para uma posição ativa frente à própria vida e à melhoria da coletividade. Desse modo, há possibilidade efetiva de ocorrer o necessário entrelaçamento entre a formação docente, o currículo e a prática pedagógica, com vias a formar profissionais de saúde mais articulados com as políticas públicas de saúde, com uma

visão crítica da sociedade e da saúde e uma atitude mais humanística e relacionada aos valores da promoção da saúde.

## Referências

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

BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, A. F.; Corbo, A. D'A. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p. 25-49.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

CARLINDO, E. P. Trajetória de vida e formação acadêmico-profissional: elementos constituintes acerca do *habitus* professoral e do capital cultural inerentes à docência. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 8., 2008, [Curitiba]. *Anais [...]*. Curitiba: PUCPR, 2008. p. 10867-10880. Disponível em: <https://bit.ly/3tlBGvt>. Acesso em: 22 abr. 2016.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 315-333, 2002.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Normal-patológico, saúde-doença: Revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.

GIROUX, H. A. Pedagogia crítica, Paulo Freire e a coragem para ser político. *e-Curriculum*, v. 14, n. 1, p. 296-306, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/2O2cA4B>. Acesso em: 1 out. 2020.

MEDEIROS, P. F.; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.

MORIN, E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina, 2006.

NIETZSCHE, F. *Crepúsculo dos ídolos: ou como filosofar com o martelo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, Recife, v. 14, n. 2, p. 133-147, 2002.

VALMORBIDA, I. C.; SILVA, M. R. da. As diversas instâncias de formação política dos docentes da rede pública de ensino: aproximações introdutórias. *Jornal de Políticas Educacionais*, Curitiba, v. 10, n. 19, p. 68-76, 2016.

# As práticas de saúde dos professores

Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho  
Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro

## Práticas de saúde realizadas pelos professores

Os professores, de modo geral, fizeram relatos acerca de práticas pessoais e profissionais, refletindo sobre os diversos aspectos dos conceitos de promoção, prevenção e tratamento, incluindo experiências e conhecimentos da medicina tradicional. Pode-se perceber, portanto, uma tendência à superação do modelo médico oficial e não a sua negação. Os docentes apontaram, em sua grande maioria, práticas mais de cunho individual do que coletivas, apesar de ambas serem reconhecidas como importantes, já que os problemas individuais de saúde também se expressam no coletivo. De modo geral, fica evidente uma visão mais ampla e integrada do ser, vinculada à qualidade de vida dos indivíduos.

### Práticas de promoção da saúde

As práticas de promoção da saúde mais citadas pelos docentes foram: alimentação (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P9), atividade física (P2, P3, P6, P7, P8, P9), acompanhamento/exames preventivos (P2, P4, P6, P7), lazer/descanso (P1, P3, P7, P8), relações interpessoais (P1, P6, P8). Entretanto, durante a análise das entrevistas, apareceram também práticas de promoção da saúde em atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas por esses professores.

*[...] em sala de aula de vez em quando eu faço algumas intervenções com os alunos [...] porque eles criaram uma cultura muito enlouquecedora. [...] uma competição muito grande,*

*então de vez em quando eu pontuo algumas coisas pra eles [...] com relação à pesquisa eu consigo aplicar muito mais, porque eu trabalho com um grupo de pesquisa que é interdisciplinar, [...] eu trabalho com a teoria do stress e aí a gente discute como que esses fatores sociais, como por exemplo a questão do nível socioeconômico, a questão do stress familiar, favorece o desenvolvimento de adoecimento na criança [...]. (P2)*

*Quando eu dou exemplos, normalmente, eu dou exemplos que eu vivi e os alunos também dão exemplo de que eles viveram e aí a prática acontece dessa forma dentro da sala de aula. (P4)*

*Do ponto de vista da pesquisa eu continuo com minha linha de pesquisa em política de saúde. [...] é um trabalho, vamos dizer assim, permanente de análise do processo da Reforma Sanitária, das práticas que estão sendo incorporadas ao sistema [...]. Em termos de extensão, eu tenho trabalhado muito com a professora [...] com população indígena [...] promoção da saúde numa área remanescente de Quilombo. (P5)*

*[...] eu tenho uma atividade na extensão, que é Promoção da saúde com qualidade de vida dos moradores de rua né, das pessoas em situação de rua. (P6)*

*[...] essa experiência fomos umas duas vezes e interdisciplinarmente, ou seja, todo mundo tem que olhar e entender qual é o olhar do outro e ver como pode complementar e como o diagnóstico se faz com os olhares de todos [...]. Então, isso por um lado, depois tudo o que significa o respeito pelas culturas e os saberes dos outros. (P7)*

*[...] e de pesquisa [...] que é um trabalho que pretende é... possibilitar a gestante um espaço de convivência, de diálogo, de troca, que venha a fortalecer ela como mulher, questionar o serviço de saúde, o capitalismo, as práticas de criação de filhos, assim, impostas, né? É um momento de problematização, um espaço de problematização, então é coerente com... também você pensar um outro modo de saúde, que não o modelo biomédico. (P9)*

A universidade está sustentada em três grandes pilares: o ensino, a pesquisa e a extensão. A extensão universitária articula o ensino e a pesquisa e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade, de modo que a primeira exerça sua responsabilidade social, seu compromisso com a qualidade de vida da população. Assim, a extensão permite a participação da comunidade na própria atuação da universidade, numa troca de saberes entre o acadêmico e o popular, o que favorece a democratização do conhecimento. (NUNES; SILVA, 2011) Nessa troca de conhecimentos, a universidade também aprende e deve se repensar, numa revisão contínua dos seus currículos.

Vale ressaltar a importância dessas práticas no contexto deste estudo, pois reforçam e posicionam estes professores como mediadores da relação entre universidade e sociedade, numa experiência muitas vezes interdisciplinar, garantida pelo próprio objetivo do curso em que estão



inseridos. Os docentes realizam, portanto, práticas de promoção da saúde que favorecem o exercício da cidadania, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com relação à *alimentação*, foram citados aspectos que dizem respeito a uma alimentação balanceada e saudável, revelando a importância da atenção com esta prática, conforme os exemplos a seguir:

*Cozinhar a minha comida é fundamental e cozinhar as coisas que eu gosto... eu adoro comer bem [...]. Comer bem é sentir prazer com a comida, eu sinto muito prazer tanto em fazer, quanto em comer. (P1)*

*[...] manter uma alimentação saudável... uma alimentação balanceada, rica em diversidade de alimentos. (P3)*

A obesidade é um problema de saúde em muitos países, considerado uma pandemia muito difícil de se reverter. (BRASIL, 2006a) Segundo o Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa) Brasil, as intervenções com dietas baseadas exclusivamente na ingestão de energia e nutrientes pode promover resultados imediatos, mas não sustentam estes resultados a médio e longo prazo. (CARDOSO et al., 2016)

Estudos apontam que padrões de consumo de alimentos relacionam-se às características demográficas e socioeconômicas de uma população. (CARDOSO et al., 2016; PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004) A urbanização, por exemplo, tem um papel fundamental na mudança dos padrões de comportamento alimentar, assim como na redução da atividade física nas populações. Na área urbana consome-se mais alimentos processados do que na área rural, como “carnes, gorduras e açúcares e derivados do leite”. (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004, p. 529)

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (BRASIL, 2014) investigou o consumo de alimentação segundo o padrão saudável e não saudável. Como saudável, considerou o consumo recomendado de frutas, legumes e verduras e o consumo regular de feijão. Nesse estudo, as mulheres (média de 39,4%) consumiam mais esses alimentos que os homens (34,8%). Foi identificado que o consumo de frutas e hortaliças aumentou com a idade e com o grau de escolaridade.

Quanto ao hábito alimentar, dos nove professores deste estudo, sete (seis mulheres e um homem) referiram ingerir, ao menos, frutas e verduras diariamente, cinco bebem mais de dois litros de água por

dia (três mulheres e dois homens), oito fazem as três refeições básicas (seis mulheres e dois homens) e cinco destes as fazem em casa (quatro mulheres e um homem), o que pode ser considerado como uma preocupação com a qualidade da alimentação. Apesar do número de participantes deste estudo ser pequeno, observa-se que os homens cuidam da alimentação, assim como as mulheres.

Segundo os padrões de alimentação encontrados no Elsa Brasil, os padrões “tradicional” (que inclui grãos e cereais) e “produtos de padaria” foram os mais frequentes entre os homens e os padrões “frutas e legumes” e o “baixo nível de gordura/baixo nível de açúcar” foram os mais frequentes entre as mulheres. (CARDOSO et al., 2016) Apesar dos indicadores das pesquisas não serem os mesmos, as respostas apontam para uma similaridade importante, que é a tendência das mulheres e adultos mais velhos consumirem mais frutas e legumes diariamente. Faz-se alusão à tendência das mulheres de cuidarem mais da aparência, da saúde de modo geral, assim como a uma procura maior pelos serviços de saúde, o que pode facilitar atenderem às recomendações para a prevenção de diabetes, doenças cardiovasculares e sobrepeso. (CARDOSO et al., 2016)

Na PNS, como padrão não saudável, foi considerado o consumo “regular de refrigerantes, de leite integral, de carnes com excesso de gordura (gordura aparente e frango com pele) e o consumo de sal”. (BRASIL, 2014) A proporção de pessoas que referiram consumo de carne ou frango com excesso de gordura foi de 37,2%, sendo este consumo maior entre os homens mais jovens e menos escolarizados (47,2%). Outro hábito de alimentação considerado não saudável é o consumo regular de alimentos doces, que diminui com o avanço da idade e aumenta com o nível de escolaridade. Ainda nessa pesquisa, 14,2% das pessoas avaliaram o próprio consumo de sal como alto ou muito alto. O percentual de mulheres (12,5%) foi menor do que o dos homens (16,1%) para este hábito.

Entre os professores do presente estudo, quanto ao consumo de alto teor de açúcar e sal, seis mulheres e dois homens referiram não apresentar esse comportamento e uma mulher afirmou praticá-lo às vezes. Em relação ao consumo diário de gordura, quatro mulheres e dois homens não o fazem e três mulheres referiram fazê-lo às vezes. A carne vermelha não é consumida diariamente por cinco mulheres e é

consumida diariamente pelos dois homens, embora eles não consumam gordura.

Numa análise geral, das sete mulheres deste estudo, seis consomem frutas, verduras e legumes diariamente, em consonância com a literatura, assim como os homens consomem carne diariamente e oito dos participantes fazem pouco uso diário de sal e açúcar. Podemos considerar que esses professores tendem a hábitos alimentares saudáveis, corroborando a literatura quanto ao comportamento de adultos com elevado grau de escolaridade, dado importante, principalmente tratando-se de docentes de cursos na área de saúde.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a população brasileira consome o dobro da quantidade de sódio preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 5 g diários de cloreto de sódio ou sal de cozinha. Para Molina e demais autores (2003), a avaliação dietética do sódio é complexa, correndo-se o risco de subestimar a quantidade de sódio ingerida, considerando-se as diferenças interpessoais na adição de sal. Embora os professores considerem fazer um baixo consumo de sal, para avaliar seria necessário fazer uma coleta urinária de 24h, o marcador de consumo diário de sódio mais utilizado, visto que “95% do sódio ingerido é excretado na urina”. (MOLINA et al., 2003, p. 744) Ainda segundo Molina e demais autores (2003), há uma importante relação entre uma adequada dieta relacionada ao uso de sódio e potássio, um maior consumo de frutas e hortaliças e um menor consumo de produtos industrializados.

Em relação à *atividade física*, esta é definida na literatura como toda movimentação corporal com gasto de energia acima dos níveis de repouso, incluindo esportes, deslocamentos, atividades domésticas, laborais e atividades físicas no lazer. (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSEN, 1985) A atividade física do ser humano sofre influência de diversas dimensões – como a biológica, a cultural, a geográfica e a ambiental –, as quais são significativas para as escolhas, assim como para os benefícios advindos destas. (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000)

Neste estudo, a prática de atividade física foi citada por seis professores (P2, P3, P6, P7, P8, P9). Apesar de apenas seis citarem essa prática como promotora ou mantenedora da saúde, todos os participantes praticam atividade física, conforme alguns exemplos a seguir:

*Mas exercício físico é regular, toda semana eu faço. (P2)*

*Atividades físicas regulares [...]. (P3)*

*[...] eu acho que o exercício físico é fundamental, não só você ir para uma academia, mas você fazer uma caminhada ou você se deslocar de um lugar para outro a pé, subir escadas, então eu acho que isso favorece você se sentir bem. (P6)*

*Olha, eu preciso alguma coisa de movimentar o corpo... então, é, alguma atividade física... porque eu fico com mais entusiasmo [...]. (P8)*

Segundo Petroski e Oliveira (2008), o sedentarismo é um problema social, para além de uma questão de escolha individual, um fator de risco para doenças crônicas, já considerado uma epidemia nos centros industrializados. Desse modo, a atividade física em momentos de lazer (incluindo a maioria das atividades desportivas e de dança) tem sido fonte de interesse e estudo, já que há pouca atividade física no trabalho em países industrializados, a exemplo do Brasil. Segundo Petroski e Oliveira (2008), em 1996, o Colégio Americano de Medicina do Esporte e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças preconizaram como moderada a atividade física com duração de, pelo menos, 30 minutos diários, preferencialmente todos os dias da semana ou três dias na semana, podendo ser realizada em três sessões de 10 minutos cada ou duas sessões de 15 minutos.

De acordo com o documento *Orientações da União Europeia para a Atividade Física* (2009), a partir das recomendações de 21 países, sendo 14 deles estados-membros da região europeia da OMS, estipula-se, para a preservação da saúde de adultos, pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada,[1] cinco dias por semana. Lima e Luiz (2015), ao realizar estudo comparativo de diversas diretrizes internacionais, afirmam que também há uma orientação geral para que as

[1] Segundo o documento, a atividade moderada compreende queima de 3,5 a 7 kcal/min e a atividade vigorosa corresponde à queima de mais de 7 kcal/min. “Actividade moderada” inclui “Caminhar a um passo moderado de 3 a 4,5 milhas por hora numa superfície nivelada, no interior ou no exterior, nomeadamente caminhar para a escola, para o local de trabalho ou para ir às compras; Caminhar por lazer; Caminhar para passear com o cão, ou caminhar como pausa do trabalho; Caminhar descendo escadas ou uma encosta; Marcha atlética – menos de 5 milhas por hora; Utilização de varas de caminhante; Caminhadas na natureza; Utilização de patins e patins em linha a um ritmo de lazer”. “Actividade vigorosa” inclui “Marcha atlética e marcha aeróbia – 5 milhas por hora ou mais; Jogging ou corrida; corrida com cadeiras de rodas; Caminhada e escalada de uma encosta; Passear com mochilas; montanhismo, escalada de rochedos, realização de rapell; Utilização de patins e patins em linha a um passo acelerado”. (ORIENTAÇÕES..., 2009, p. 12)

pessoas acumulem 150 minutos por semana de atividades que podem ser diversas e, com isto, não fixem uma frequência semanal. No presente estudo não foi investigada a intensidade da atividade física quando realizada, apenas a duração por dia e a frequência semanal. No entanto, agregamos informações sobre a intensidade, haja vista a sua importância e os benefícios vinculados à saúde de modo geral.

A maioria dos participantes deste estudo realizam as suas atividades físicas com orientação profissional, com exceção de uma professora. Apenas dois participantes (P3 e P5), um homem e uma mulher, realizam atividade de cinco a sete dias na semana, com duração maior que 30 minutos por dia. A grande maioria (P1, P4, P6 e P7), todas mulheres, realiza atividades três a quatro vezes por semana, com duração média de 60 minutos por dia. As demais (P2, P8, P9) realizam atividades uma a duas vezes por semana, também com uma variação média de 60 minutos por dia.

No estudo realizado por Petroski e Oliveira (2008), na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com 190 professores universitários em situação de dedicação exclusiva, sendo 113 do sexo masculino e 77 do sexo feminino, os autores concluíram que o nível de atividade física habitual desses profissionais foi reduzido e irregular; que os homens realizam mais atividades físicas vigorosas e leves e as mulheres mais as moderadas.

Apenas dois participantes do presente estudo (um homem e uma mulher) realizam atividades físicas em conformidade com as recomendações internacionais, com uma duração acima da preconizada. Segundo Lima e Luiz (2015), as diretrizes orientam a quantidade mínima de atividade física que traz benefícios à saúde, considerando que mais benefícios se incorporam com a ampliação de tais atividades, sem discriminar quando isso para de acontecer. No entanto, as quatro participantes deste estudo que realizam suas atividades físicas três a quatro vezes por semana podem estar se beneficiando também, por estarem acumulando os 150 minutos semanais. Apenas três participantes (duas mulheres e um homem) apresentam um padrão de atividade semanal insatisfatório, segundo a literatura. No Brasil, 46% das pessoas não praticam atividade física ou a praticam insuficientemente, com menos de 150 minutos por semana. O grupo menos sedentário representa 36,7% dessa população, na faixa etária entre 18 a 24 anos de idade, e o mais

sedentário corresponde a 62,7%, formado por pessoas com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2014)

Ainda segundo a PNS (BRASIL, 2014), o padrão recomendado de atividade física no tempo livre diminuiu com a idade, considerando-se que, na faixa etária de 18 a 24 anos, 35,3% a praticavam no tempo recomendado e que, na faixa etária de 40 a 59 anos, apenas 18,3%. No entanto, a prática de atividade física recomendada cresceu de acordo com o nível de instrução. Esse dado é importante, confirmando que, no presente estudo, apesar da faixa etária média do grupo ser de 45 anos de idade, o grau de instrução e, conseqüentemente, de informação, podem estar contribuindo para que todos realizem atividade física semanalmente.

Quanto ao *lazer*, Marcellino (2012) considera que este não deve ser tomado apenas pelo conteúdo da ação, sendo a atitude e o tempo aspectos importantes a serem considerados. Ou seja, é importante a relação estabelecida entre o indivíduo com a experiência vivida e a relação do lazer com o tempo livre[2], ou melhor, com o tempo disponível, fora de qualquer obrigação. No conteúdo do lazer encontram-se, normalmente, valores intrinsecamente relacionados, como o descanso e o divertimento, além dele proporcionar o desenvolvimento pessoal e social. Portanto, o lazer está numa relação dinâmica com outras áreas da vida social.

Entre os nove professores deste estudo, quatro (P1, P3, P7, P8) citaram o lazer e/ou descanso como promotores de saúde, como ilustram as falas a seguir:

*Para mim é fundamental dançar, viajar. (P1)*

*[...] atividade de lazer e descanso... Quando eu falo repouso, não é simplesmente a pessoa dormir, mas sim ela poder, também, se desconectar um pouco desse mundo do trabalho [...]. (P3)*

*[...] é ter momentos de lazer [...]. (P7)*

*O tempo pra mim de descanso. Eu preciso dormir, preciso descansar, preciso esquecer, preciso ter um tempo pra mim, cair na cama mesmo, esquecer o que está lá fora. (P8)*

---

[2] Marcellino (2012, p. 9) chama a atenção para a polêmica em torno desse conceito, já que nenhum tempo pode ser considerado livre “de coações ou normas de conduta social”, fazendo alusão à condição de permissão ou controle da vida social.

Gomes (2013), numa pesquisa realizada com 25 voluntários, entre coordenadores, professores, alunos e egressos de cinco cursos de mestrado em Lazer, Tempo Livre e/ou Recreação, do Brasil, Costa Rica, Equador e México, cita o ócio como uma experiência desinteressada, cuja finalidade está nela mesma, o ócio autotélico, um ato subjetivo. A perspectiva subjetiva do ócio, segundo Cabeza (2000, p. 15), é a de uma ocupação gostosa, desejada, “livremente elegida”, que leva em conta a satisfação que cada sujeito percebe em sua vivência. Nesse caso, podemos salientar a fala do participante 8, quando aponta a necessidade de ter um tempo para si, “*de cair na cama*”, como um ato que, apesar de fazer parte de um contexto social, é uma experiência essencialmente subjetiva, significando “*esquecer o que está lá fora*”. Assim podemos inferir que, na fala do participante 3, “*quando eu falo repouso, não é simplesmente a pessoa dormir [...]*”, pode estar presente uma conotação negativa do repouso. No entanto, esses professores se referem a uma necessidade de “desconectarem-se” de parte da vida cotidiana, marcando que é necessário um afastamento ou distanciamento temporário de algo externo, o que implica uma possível atitude de autocuidado.

Gomes (2013) ressalva que, apesar do ócio ser um tema presente no vocabulário espanhol, em muitos países ele é tratado como sinônimo de ociosidade e carregado de uma conotação negativa. Desse modo, refere que ócio tem sido abordado de forma mais ampla em alguns contextos latino-americanos, aproximando-se do conceito de lazer, como foi considerado em seu trabalho.

Na literatura, salienta-se que o lazer pode ser transformado numa prática alienante, baseada no consumismo. (GOMES, 2013; MARCELINO, 2012) Isso seria uma forma de fuga, de compensação, uma busca pelo ideal de felicidade. Na vida moderna, a importância do lazer implica um tempo privilegiado para a vivência de valores que possam contribuir para mudanças de ordem social e cultural. Como as práticas de lazer envolvem um todo articulado, o ideal seria que as pessoas conhecessem os conteúdos das seis áreas, conforme a classificação mais usual, para optarem e se beneficiarem na busca dos interesses artísticos, intelectuais, físicos, manuais, turísticos e sociais. (MARCELINO, 2012) No estudo realizado por Pondé (2007), com moradores da cidade

de Ribeira,[3] Bahia, a sociabilidade e o contato verbal são os valores que mais representam o “divertimento”, como foi considerado o lazer.

A realização de *acompanhamento/exames preventivos* foi uma prática citada pelos participantes (P2, P4, P6, P7). Vale ressaltar que a realização de exames preventivos pode ser considerada uma prática de prevenção, no entanto foi citada pelos docentes deste estudo como uma prática de promoção da saúde. Essa percepção nos remete à promoção da saúde vinculada à prevenção primária, concepção sustentada por Leavell e Clark, na década de 1960. (BRASIL, 2010) Nessa direção, a compreensão sobre a prevenção vem mudando ao longo do tempo, abrangendo desde a ação que impede a ocorrência da doença (prevenção primária) até a “intervenção que diagnostica precocemente, detém ou retarda a sua progressão” (prevenção secundária). (BRASIL, 2010, p. 11)

Apesar do conhecimento sobre quais práticas de saúde favorecem a boa qualidade de vida, constata-se que os estilos de vida adotados nem sempre correspondem a comportamentos saudáveis. Em uma pesquisa realizada em Florianópolis com 638 pessoas vinculadas a uma instituição de ensino superior, das quais cerca de 200 eram adultos, constatou-se, quanto aos cuidados com a saúde, que 61% dos participantes de ambos os sexos relatam realizar “*checkup* de forma periódica”. Ainda nesse estudo, dos participantes que realizaram tratamento prolongado, mais da metade realiza *checkup* regularmente. (BRITO; CAMARGO, 2011)

No Brasil, o câncer de colo do útero, por exemplo, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Esse é um tipo de tumor com grande potencial de cura quando detectado precocemente. No entanto, há uma estimativa de que 12% a 20% das brasileiras, entre 25 e 64 anos, nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero. (BRASIL, 2016)

Vale ressaltar a preocupação, cada vez mais evidenciada nas pesquisas, políticas e entre estudiosos da saúde, quanto à necessidade de desconstrução da ideia de que quanto mais exames, melhor. Essa é uma crença estimulada pela mídia e sustentada pela medicina tecnocientificista.

---

[3] Nome fictício.



Quanto às *relações interpessoais*, três participantes (P1, P6, P8) consideraram um importante aspecto para a saúde, conforme as falas a seguir:

[...] *outra coisa é a ideia de ter amigos [...]. (P1)*

[...] *ter um convívio com os amigos, com os familiares, um bom convívio social [...]. (P6)*

[...] *eu preciso encontrar pessoas que eu gosto, pra mim é super importante, uma dimensão afetiva da vida, do dia a dia. (P8)*

O ser humano se estrutura e vive na relação com o outro, assim como através do outro se reconhece e expressa seus desejos. As relações interpessoais, portanto, decorrem de um processo de interação entre os indivíduos nos mais diversos ambientes, constituindo-se na base de funcionamento dessas interações, e são muito importantes para o bem-estar dos indivíduos e dos grupos, pois existe uma dependência mútua entre as pessoas. (OLIVIER; BEHR, 2005) Segundo Andrade e Vaitsman (2002), a pobreza das relações sociais é fator de risco à saúde, assim como a obesidade, o fumo e outros. Consideram ainda que o apoio social exerce efeito sobre o sistema imunológico, embora mecanismos específicos desta influência não estejam claramente elucidados.

Em uma pesquisa realizada por Perez, Olivier e Behr (2010) com 22 bancários no retorno ao trabalho após afastamento por doenças psicossomáticas, buscou-se verificar, entre outros aspectos, o impacto deste retorno nas suas relações interpessoais. Os bancários referiram que, ao retornarem ao banco, não receberam orientação em relação às suas novas atividades, além de se manterem preocupados com o desempenho, com o ambiente e com o convívio com as pessoas. Suas relações interpessoais ficaram frágeis, instáveis e continuaram provocando sentimentos de insegurança e falta de confiança. Essa pesquisa revela que as possibilidades de intercâmbio emocional e a qualidade das trocas afetivas são extremamente importantes para o equilíbrio e a manutenção da saúde física e emocional dos indivíduos.

## **Práticas de prevenção de doença**

As práticas de prevenção de doença referenciadas foram amplas e refletiram aspectos de educação em saúde, assim como medidas gerais

voltadas para a prevenção de certos adoecimentos. São elas: alimentação (P2, P3, P4, P5, P6, P7), atividade física (P2, P3, P5, P6, P8), lazer e descanso (P3, P7, P8), relações interpessoais (P1, P5, P7). As falas a seguir exemplificam tais práticas:

*[...] controlar alimentação, fazer exercícios físicos, fazer exames preventivos, todo ano pelo menos. (P2)*

*Alimentação saudável, exercício físico, uma atividade laboral prazerosa, um trabalho que lhe dê satisfação, uma boa relação com os outros, uma relação baseada no respeito, paciência e amor. Um vínculo a um projeto político coletivo que dê sentido a sua existência. (P5)*

*[...] eu já comentei... é tudo o que tem a ver com descanso, alimentação... ah... a leitura, o cinema, entendeu? [...] amar [...]. (P7)*

Todas as práticas citadas como ligadas à prevenção de doenças foram também citadas como sendo de promoção da saúde. Esse dado não contradiz a literatura, que sinaliza uma interseção entre essas práticas, através de projetos de educação em saúde que visam a mudança de comportamento dos indivíduos em relação a sua própria saúde. No entanto, Czeresnia (2009, p. 51) ressalta uma “pequena” e “radical” diferença entre elas. Pequena porque essas práticas são sustentadas no conhecimento técnico e científico específico da área da saúde, referenciadas por conceitos que também embasam o discurso preventivo. Radical porque a promoção da saúde implica uma perspectiva de transformação da concepção de mundo, de modo que permita uma grande mudança no uso do conhecimento para a formulação e operacionalização das práticas de saúde. Ou seja, a autora salienta que seriam necessárias mudanças profundas na forma de se articular o conhecimento e a operacionalização das práticas de saúde, já que a promoção envolve a capacidade de escolha e esta não se reduz apenas ao conhecimento produzido, mas à esfera do valor, da intencionalidade daquele que interpreta e analisa uma situação de saúde. Quanto a isso, vale ressaltar, no discurso dos professores dessa pesquisa, a presença de uma conceituação positiva da saúde, quando apontam não apenas para o que precisa ser evitado, mas, principalmente, para o que é necessário praticar numa perspectiva positiva, incluindo aspectos de ordem física, mental, emocional, espiritual, cultural, ambiental etc., conforme o que é descrito nas categorias.

## Práticas de saúde convencionais

Quanto às práticas terapêuticas convencionais, sete dos participantes vão ao médico quando se sentem doentes e dois referem ir raramente. Todos recorreram a outros profissionais de saúde. Os mais citados foram: fisioterapeuta (P1, P2, P3, P4, P6, P9); psicanalista (P4, P5, P7, P8); psicólogo (P1, P2, P9); e nutricionista (P2, P4, P9).

O modelo biomédico aborda o processo saúde-doença através de um conjunto de conceitos e práticas, predominantemente pautado na biologia, física e química, ou seja, com um predominante recorte biológico. Desse modo, as práticas de saúde convencionais são aquelas fundamentadas no tecnicismo e cientificismo, baseadas em evidências clínico-epidemiológicas, com foco na doença e na investigação.

A organização das práticas médicas refere-se à uma enorme expansão da produção de serviços, bem como à generalização do consumo cada vez mais amplo. Segundo Ayres (2004), a biomedicina e todo o seu aparato tecnocientífico têm construído um alicerce ainda restritivo para o que a saúde demanda na contemporaneidade. No entanto, é significativo e fundamental o reconhecimento e o valor do que vem se construindo e transformando em termos de concepções e práticas ao longo do tempo.

Na cultura contemporânea, o cuidado é uma questão fundamental para todos, incluindo-se o autocuidado e o heterocuidado, englobando necessariamente o cuidado médico. Porém, a centralidade na doença para a medicina científica e o distanciamento na relação médico-paciente vêm criando uma barreira para muitos indivíduos. (LUZ, 2005b) Não é que o raciocínio e as práticas biomédicas não deem conta dos problemas clínicos, porém tendem a não absorver nos seus diagnósticos e programas terapêuticos os processos psicológicos e os aspectos socioeconômicos dos pacientes. Essa tendência tem provocado uma grande insatisfação por haver uma concentração das práticas nas partes de um sistema em detrimento do todo, o qual é eminentemente complexo. (BARROS, 2002) Desse modo, são os limites que estão sendo apontados aqui e não a medicina enquanto ciência. Assim parecem se posicionar os professores participantes desta pesquisa. Quando referem a prática de ir ao médico e a outros profissionais da saúde, não se preocupam apenas com os aspectos biológicos da saúde. Vale ressaltar,

também, a adesão ao tratamento psicanalítico ou psicológico, constata-se a importância dada aos fenômenos psíquicos no processo de autocuidado. As falas abaixo retratam tais posicionamentos:

*[...] então eu procuro um médico, evidentemente, se eu quebrar a perna [...] só em casos de extrema necessidade. Então, eu só procuro e, talvez, até coerentemente com as minhas práticas de vida, as minhas necessidades, talvez pela minha faixa etária [...] mas eu busco outros profissionais. Veja, quando eu tenho problema de ordem musculoesquelética, por exemplo, eu procuro fisioterapeutas e não médicos. (P3)*

*[...] ter tomado a decisão de me tratar, ou seja, de me cuidar, inclusive com um profissional da área psi, é um indicador de saúde [...]. (P5)*

*Eu geralmente vou uma vez no ano ao médico. [...] Eu faço análise há muito tempo. (P8)*

No processo de verificação das práticas, pode-se perceber como emergem os conceitos e o estilo de vida dos indivíduos, aspectos fundamentais e estruturantes da compreensão ampliada do processo saúde-doença. Desse modo, os professores deste estudo se posicionam como implicados no cuidado com a própria saúde, sem supervalorização do cuidado médico, incluindo as outras profissões de saúde de maneira, também, racional e objetiva.

## **Práticas integrativas e complementares**

As práticas integrativas podem ser adotadas com o objetivo terapêutico, por opção de tratamento não biomédico ou complementar ao tratamento biomédico, assim como podem ser realizadas como prevenção ou como busca de equilíbrio das energias das diversas dimensões que compõem o ser humano – mente, corpo e espírito –, a partir de uma visão holística.

### ***Com fins terapêuticos***

Uma diversidade de práticas integrativas foi e é utilizada como tratamento por sete dos participantes. No entanto, as duas mais citadas serão discutidas, como: fitoterapia (P5, P6, P7, P9) e homeopatia (P2, P9).

Segundo Luz (2005a), as práticas terapêuticas, apesar de fazerem parte de determinada racionalidade médica, muitas vezes são utilizadas de maneira isolada com base mais na lógica da experiência e da eficácia

que por uma coerência teórica de uma racionalidade. Em um estudo americano com 159 participantes, Sirois, Salamonsen e Kristoffersen (2016) verificaram que confiar na eficácia e perceber uma articulação entre os próprios valores e os fundamentos da medicina complementar e alternativa (CAM) estavam associados a indicadores psicológicos e comportamentais de compromisso com o uso dessa medicina. Referem ainda que as pessoas que utilizam a medicina complementar e alternativa são usuários dos serviços de saúde com características de autonomia, responsabilidade e valores individuais. Essas afirmações se aproximam da análise de Luz (2005a), quando ela afirma que essas terapias, além da autonomia das pessoas, buscam a reconstrução das suas identidades e valores na direção de uma harmonização com o todo, de maneira solidária familiar e socialmente, o que pode ser exemplificado com o fragmento a seguir:

*[...] eu também tenho minhas atividades políticas ligadas ao ativismo pela saúde pública, então tem esses dois lados: eu sou acadêmica, mas também tenho minhas atividades ligadas aos direitos dos pacientes. Então, a minha vida tá totalmente influenciada pela minha saúde. Desde a minha alimentação, até o que eu trabalho. (P4)*

*[...] a antroposofia, do meu ponto de vista, entre as racionalidades não biomédicas, é a racionalidade que pensa de forma mais, assim, pertinente ao mundo de hoje, e aos nossos pensamentos, à promoção da saúde. A antroposofia compreende... o ser humano, é um ser espiritual pra antroposofia, então não vai existir saúde física, sem saúde espiritual. (P9)*

Como terapia designada como complementar, a homeopatia deriva de um sistema médico complexo, que tem a sua própria racionalidade, assim como a medicina tradicional chinesa e a medicina aiurvédica. Elas têm sido muito utilizadas na nossa sociedade. Na homeopatia a relação médico-paciente é considerada um guia para a evolução do tratamento, propiciando um maior conhecimento do indivíduo em relação a si mesmo, seu corpo e seu psiquismo, buscando uma maior autonomia ante o processo de adoecimento e facilitando o processo de reconstrução da própria saúde. (LUZ, 2005b)

A medicina aiurvédica é o sistema médico conhecido mais antigo, desenvolvido na Índia há mais de 5 mil anos, e tem a alimentação como um fator central. Nela a alimentação deve ser personalizada, de acordo com a constituição de cada indivíduo, estando o equilíbrio do corpo vinculado a três tipos de energia – *vata*, *pitta* e *kapha* –, podendo haver

predominância de um ou mais tipos em cada indivíduo. (NAVOLAR; TESSER; AZEVEDO, 2012)

*[...] eu sou vata, um pouco pitta, eu sou uma pessoa um pouco hiperativa, eu acordo cedo, já acordo fazendo muita coisa, durmo cedo também [...] acordo cedo, durmo cedo, tenho metabolismo mais alto. Então, eu tenho que me alimentar com alimentos que vão me deixar menos ansiosa, que vão me levar mais pro chão, que é o contrário. (P4)*

A alimentação aiurvédica é um exemplo da prática alimentar com fins terapêuticos, parte integrante do tratamento de uma doença crônica englobando um cuidado integral, conforme a fala a seguir:

*[...] Eu procuro me alimentar bem... eu sou adepta da alimentação aiurveda. Segue essa medicina tradicional indiana, como todas as medicinas tradicionais, elas pensam um pouco na gente como uma coisa completa né, a gente não tem o corpo fragmentado como é para a Biomedicina e sim o nosso corpo em relação com o meio, com o universo [...]. Então pra mim não foi tão difícil sair de uma alimentação regrada para uma outra regrada e ligada à qualidade de vida do jeito que eu penso. (P4)*

A singularidade do paciente e o cuidado integral são considerados pontos fundamentais das medicinas tradicionais.

### ***Com fins de promoção da saúde***

Quando perguntados se já realizaram ou realizam práticas integrativas e complementares, todos os participantes já realizaram mais de uma ou ainda realizam, conforme a ordem, a seguir, dos mais citados: fitoterapia (P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9); massagem (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9); Pilates (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9); ioga (P1, P3, P4, P5, P7, P8, P9); terapia floral (P1, P2, P4, P8, P9); homeopatia (P1, P2, P4, P8, P9); acupuntura (P1, P3, P4, P9); RPG (P1, P4, P7, P9).

Verificou-se que a prática da *fitoterapia* foi a mais citada nas duas perspectivas: terapêutica e promotora da saúde. Esse dado coincide com o estudo realizado por Santos e demais autores (2011), que cita a fitoterapia como a medicina integrativa que mais cresce ao longo dos anos, em função da eficácia das plantas medicinais, comprovada pelos estudos científicos. Foi através da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que o Ministério da Saúde passou a disponibilizar aos usuários do SUS opções terapêuticas e preventivas que incluem as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos. (BRASIL, 2006b) Nessa portaria, aponta-se que os medicamentos fitoterápicos sofrem o controle técnico de

qualidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e que são exclusivamente provenientes de matérias-primas de origem vegetal. A grande diversidade vegetal do Brasil e o baixo custo são fatores de grande importância para o investimento em programas de saúde nessa direção, associando-se ao conhecimento popular, o que é valioso do ponto de vista histórico-cultural.

No estudo realizado por Silva, Lima e Bastos (2015), numa instituição federal do interior da Bahia, com 40 docentes do curso de enfermagem, a terapia mais conhecida e utilizada por 58,1% (18) dos participantes foi a homeopatia, seguida da fitoterapia, com 51,6% (15). Esse dado pode estar relacionado ao fato da *homeopatia* ter sido considerada uma especialidade médica em 1980 e por ser a pioneira a ser implementada nos sistemas de saúde do Brasil. (NASCIMENTO; NOGUEIRA; LUZ, 2012) No presente estudo, a homeopatia aparece como a segunda mais citada opção de tratamento, como uma prática realizada por cinco professores, assim como a terapia floral.

Em nosso estudo, a massagem está entre as mais citadas práticas integrativas de promoção da saúde. Segundo Costeira e Graveto (2010), a *massagem terapêutica* é uma terapia de toque muito procurada e tem sido descrita como uma ótima estratégia de alívio de *stress*, depressão, mal-estar, ansiedade, estados de irritação e mau humor, podendo ser considerada de grande importância para a promoção da saúde. Numa visão holística, a massagem proporciona a conscientização do corpo, das tensões, da respiração e das cargas emocionais. Desse modo, a massagem melhora a imunidade, tem efeito calmante, reabsorve edemas, reduz a estafa e libera endorfinas. (SEUBERT; VERONESE, 2008)

O método *Pilates*, também muito citado pelos participantes deste estudo, foi desenvolvido pelo alemão Joseph Hubertus Pilates (1880-1967) e surgiu durante a primeira guerra mundial para recuperar os doentes da guerra. A utilização desse método com enfoque terapêutico tem crescido e pesquisas buscam evidências de sua eficácia na reabilitação ortopédica e neurológica, aplicada à população idosa, gestantes e atletas. (GONÇALVES; LIMA, 2014) O método é baseado em princípios da cultura oriental e ocidental, pois envolve desde a percepção corporal, flexibilidade, equilíbrio e conscientização, até a força e tônus muscular. Em uma pesquisa realizada por esses autores com 85 praticantes de oito estúdios de Pilates na cidade de Fortaleza, 100% dos

indivíduos do grupo iniciante perceberam mudanças no seu corpo após a prática do método e 95,8% dos indivíduos do grupo 2 (já praticantes) evidenciaram essa mudança.

A *ioga*, uma prática milenar pertencente à filosofia hindu, muito citada pelos professores deste estudo, é baseada em princípios e práticas destinadas a promover a saúde e o bem-estar, buscando a integração do corpo, da mente e do espírito. É uma prática considerada de baixo risco e baixo custo para o tratamento de estresse, ansiedade, depressão, entre outros. Na França, a ioga educacional é um tipo de yoga que vem sendo utilizada como ferramenta de melhoria do processo ensino-aprendizagem. Essa proposta foi lançada pela francesa Micheline Flack, fundadora da escola Pesquisa sobre Ioga na Educação e pelo professor e filósofo Jacques de Coulon. Em pesquisa realizada com seis professoras do curso de Pedagogia da Universidade do Vale do Itajaí (Univali), visando favorecer o gerenciamento do estresse e a utilização da prática, seja individualmente, seja com os alunos, os resultados indicam benefícios em relação ao sono, à concentração e às situações desconfortáveis geradas pelo trabalho (ROSA, 2011), o que revela uma experiência exitosa e inovadora para a melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho.

A *terapia floral*, também realizada pelos professores deste estudo, foi desenvolvida pelo médico inglês Edward Bach, em 1930. Baseada na essência de plantas, ela visa promover o bem-estar emocional e a saúde do corpo e da mente segundo o princípio vitalista de curar indivíduos doentes pelo equilíbrio da sua vitalidade. (NEVES; SELLI; JUNGES, 2010) Os florais de Bach são reconhecidos como tratamento natural pela OMS desde 1956. Um estudo com 14 professores-enfermeiros de uma universidade do extremo sul de Santa Catarina visou identificar as contribuições da terapia floral no controle do estresse ocupacional. Em relação à percepção do estresse, 78,57% dos professores se sentiam estressados e 21,43% não se consideravam estressados. A maioria dos professores considerou sua profissão estressante (85,71%). Em relação à opinião sobre a utilização da terapia floral no controle do estresse, 50% dos professores referiram que a terapia floral promoveu calma e tranquilidade, alívio de tensões, diminuição da ansiedade, sensação de paz e equilíbrio mente-corpo, sendo considerada uma ótima terapia. (BOTELHO; SORATO, 2012) Em outro estudo, realizado com 59



professores de Enfermagem de instituições de ensino superior, duas públicas e duas particulares, da cidade de São Paulo, a terapia floral foi a segunda mais citada (21 vezes) e utilizada para o autocuidado. (SILVA; BENKO, 1998)

A *acupuntura*, uma das técnicas da medicina tradicional chinesa, também citada pelos professores deste estudo, considera que “as funções orgânicas dependem de um equilíbrio entre o corpo e o meio externo”, com foco no indivíduo e na mente. (MACHADO; OLIVEIRA; FECHINE, 2012, p. 42) No Brasil, é uma terapêutica que tende a ser usada em combinação com a medicina alopática. Pode ser praticada por profissionais de saúde desde que devidamente normatizada pelos respectivos conselhos federais.

Em estudo realizado por Silva e Benko (1998) com 59 enfermeiros docentes de duas instituições públicas e duas particulares da cidade de São Paulo, 66,1% já havia feito uso de alguma terapia alternativa e 33,9% referiram nunca ter feito. Os resultados encontrados no presente estudo são diferentes, talvez pelo fato dos docentes terem formação complementar em Saúde Coletiva, área que se articula com racionalidades médicas não hegemônicas e que fomenta novos valores, tanto individuais quanto coletivos. Dos 56 docentes que referem ser favoráveis ao ensino das práticas alternativas, apenas 31 (52,5%) falam sobre isso com os alunos, denotando uma restrição na formação desses futuros profissionais da área de enfermagem, em relação a essa temática. (SILVA; BENKO, 1998)

### **Práticas religiosas ligadas à saúde**

Quanto às práticas religiosas ligadas à saúde, as mais comentadas que os professores realizam ou já realizaram são: banho de folhas (P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8) e rezas com rezadeiras (P1, P2, P4, P5, P7, P8).

O banho de folhas e a reza com rezadeira são práticas muito comuns na Região Nordeste do Brasil. São práticas populares em que se utilizam folhas com o objetivo de promover a cura de doenças, limpeza do corpo etc. Neste estudo elas parecem integrar uma cultura familiar, comum entre os membros mais velhos das famílias, sem implicar uma escolha do indivíduo, como revelam as falas de três professores:

*[...] eu tomei muito banho de folha, mas quando eu era pequeno, e isso era por conta da minha mãe, não era algo que eu... Quando eu tomei controle sobre as minhas ações eu não mais tomei banho de folha. (P3)*

*[...] acho que umas duas vezes me deram banho de folhas. Mas era por causa de minha avó [...]. Também, no interior da Bahia eu fui rezada uma vez. Linda, aquela bruxa né, com as folhas batendo em mim assim, e falando coisas... Foi, minha mãe [...]. (P5)*

*[...] minha mãe rezava, risos [...] ela é italiana. (P9)*

Do ponto de vista cultural, o banho é uma prática relativamente complexa, tendo servido a diferentes propósitos, como o hábito de higiene, reunião familiar, relacionamentos sociais, práticas de sexo, terapia medicinal, entre outros. (CUSTÓDIO, 2011) A escolha e o uso de folhas ou ervas em banhos é parte fundamental nos cultos realizados nos terreiros de candomblé e de umbanda, compondo certos procedimentos religiosos, geralmente com a finalidade de prevenção e/ou tratamento da doença. Assim também se dá o uso de folhas para purificar, benzer e limpar, como usado pelas rezadeiras. Nesses rituais a oralidade é primordial, porque as palavras são veículos de transmissão do conhecimento, da relação entre a dimensão sagrada do ambiente, do tratamento e a natureza, além de mover energias. (MEIRA, 2013) O uso de plantas e ervas medicinais remonta ao início da história da humanidade e é transmitido entre as gerações.

A associação dos aspectos culturais de uma população, incluindo as dimensões espirituais e ambientais, por exemplo, às práticas de saúde, já é reconhecida oficialmente pela OMS e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), desde 1996. No Brasil, um país sincrético, é muito comum a complementariedade de práticas da medicina oficial com as terapêuticas religiosas e os saberes populares. Pensar a relação entre crenças religiosas e práticas de saúde pode estar eminentemente articulado com a promoção da saúde, podendo integrar, inclusive, uma rede de suporte. (MELLO; OLIVEIRA, 2010) A citação a seguir exemplifica isso:

*Minha avó, minha mãe, os chazinhos, a maracujina né, ou seja, são as práticas tradicionais de saúde que estão no ambiente familiar. Pois é, e tem que ser respeitado [...]. É um denço, não é a coisa em si, mas é o cuidado, a revelação de que você tá se vendo cuidada, olhada, observada... risos. Promove saúde, porque são formas de amor. (P5)*

Pensar em práticas religiosas de saúde por docentes da área de saúde traz a possibilidade de articulação com a formação dos estudantes, preparando-os para reconhecer e respeitar tais crenças e práticas na sociedade, o que fortalece e reitera a articulação entre as ações de promoção, prevenção e cuidado em saúde com as práticas populares e religiosas, tornando-as mais efetivas.

A dimensão religiosa tem sido um tema de muito interesse e estudo no campo da saúde, haja vista a sua importância nas diversas posições em relação ao processo saúde-doença e formas de existir. No entanto, em muitas unidades de saúde, as discussões e ações implementadas demonstram ainda pouca valorização da dimensão religiosa no cuidado em saúde, sem contemplar os distintos modos de cuidado ligados às diferentes religiões, chegando a produzir iniquidades. (FERNANDEZ; SILVA; SACARDO, 2018) Desse modo, a inclusão da religião como temática nos espaços formativos é fundamental, principalmente na área da saúde.

## **A amplitude das práticas**

Os resultados de nosso estudo refletem a formação ampla e a visão interdisciplinar dos professores participantes, apontando para uma multiplicidade de práticas promotoras da saúde, que incluem as dimensões física, mental, social e espiritual, na direção da integralidade do cuidado em saúde. Muitas vezes essas práticas apareceram de modo individual, predominando o enfoque comportamental de mudança do estilo de vida. Houve uma superposição entre as práticas de promoção da saúde e as de prevenção de doença, dado também considerado pela literatura da área.

Tais resultados apontam, de maneira complementar, para a importância da interdisciplinaridade nos currículos e para a formação superior baseada no regime de ciclos, que permite maior diálogo com outras áreas de conhecimento. Isso amplia a visão de mundo e a aprendizagem dos estudantes e professores, extrapolando o modelo tecnicista e disciplinar de formação e a perspectiva da visão negativa de saúde enquanto mera ausência de doença.

Vale ressaltar, também, a diversidade de oportunidades que esses professores apresentam para dialogar, com os discentes do curso em

questão, sobre as diversas concepções e práticas de saúde, atendendo às diretrizes internacionais da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da OMS, assim como aos princípios do SUS, já que essa temática está presente em diversos componentes curriculares e ações de extensão. Isso cria maior possibilidade de fortalecer uma participação crítica nos processos de promoção da saúde, prevenção de doenças e práticas terapêuticas (convencionais ou integrativas e complementares), considerando os modos de vida e singularidades dos indivíduos.

A concepção do curso e a formação acadêmica dos docentes são, portanto, elementos que podem ser favoráveis a esses processos. Entretanto, outros aspectos sociais, institucionais e subjetivos são necessários para consolidar uma mudança no estilo de vida ou posicionamento crítico ante as concepções, práticas e políticas de saúde, inclusive em maior escala. A implantação de políticas institucionais é muito importante, possibilitando contemplar programas, nas próprias universidades, que promovam a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física, a alimentação saudável, entre outros, e atendam às comunidades interna e externa. Apoiar a utilização de bicicleta como meio de transporte para a universidade e o trabalho, restaurantes com alimentação supervisionada e acesso a espaços para exercícios físicos orientados individuais ou coletivos são algumas iniciativas que podem colaborar para uma vida mais saudável.

A educação é uma das áreas mais significativas para a promoção da saúde. Ser professor universitário, principalmente em um curso da área da saúde, implica transformar este campo através de práticas de empoderamento e fortalecimento da autonomia, favorecendo o desenvolvimento do autocuidado e a intervenção sobre os diversos fatores sociais e ambientais que determinam a saúde. A saúde é um tema transversal que deve estar presente em todos os currículos de todas as áreas. Prevenção de riscos, biossegurança, impactos ambientais, desenvolvimento de tecnologias para qualidade de vida, impacto das práticas profissionais na saúde dos indivíduos e da coletividade, dentre outros, precisam ser problematizados em todos os cursos. Um dos focos da promoção da saúde é o fortalecimento da autonomia dos indivíduos e comunidades para atuarem junto aos determinantes sociais da saúde individual e coletiva. Desse modo é possível resgatar e sustentar valores culturais e melhores condições de vida.

## Referências

- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- 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, 2002.
- BOTELHO, S. H.; SORATO, M. T. A terapia floral no controle do estresse do professor enfermeiro. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 12, n. 31, p. 31-42, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. *Cadernos da Atenção Básica*, Brasília, DF, n. 12, 2006a. Série A. Normas e manuais técnicos.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006*. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <https://bit.ly/3cWysc6>. Acesso em: 19 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Rastreamento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 283-303, 2011.
- CABEZA, M. C. *Ocio humanista: dimensiones y manifestaciones actuales del ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000.
- CARDOSO, L. O. *et al.* Eating patterns in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): an exploratory analysis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 1-14, 2016.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSEN, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, Thousand Oaks, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

COSTEIRA, C. R. B.; GRAVETO, J. M. G. N. A massagem terapêutica, saúde e coping. *Revista de Psicologia*, Coimbra, v. 1, n. 1, p. 237-241, 2010.

CUSTÓDIO, J. A. C. Mil anos no banho! In: JORNADA DE ESTUDOS ANTIGOS E MEDIEVAIS, 10., 2011, Maringá. *Anais [...]*. Maringá: UEM, 2011. p. 1-12.

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

FERNANDEZ, J. C. A.; SILVA, R. A.; SACARDO, D. P. Religião e saúde: para transformar ausências em presença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1058-1070, 2018.

GOMES, C. L. Compreensões de lazer/ócio na América Latina: uma análise conceitual. *Licere*, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 1-27, 2013.

GONÇALVES, P. S.; LIMA, P. O. P. Percepção de saúde e qualidade de vida: um inquérito com praticantes de Pilates. *Fisioterapia e Saúde Funcional*, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 11-17, 2014.

LIMA, D. F.; LUIZ, O. C. Atividade física na promoção da saúde: uma avaliação das diretrizes. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 36, n. 2, p. 57-66, 2015.

LUZ, M. T. Abordagens teóricas: novas práticas em saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR., C. E. A (org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. p. 18-132.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005b. Suplemento.

MACHADO, M. M. T.; OLIVEIRA, J. C.; FECHINE, A. D. L. Acupuntura: conhecimento e percepção de professores universitários. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 41-49, 2012.

MARCELLINO, N. C. *Estudos do lazer: uma introdução*. 5. ed. Campinas: Autores Associados, 2012.

MEIRA, C. S. *Plantas do axé e sua fundamentação religiosa: um estudo de caso no terreiro de umbanda "Caboclo Boiadeiro"*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Itapetinga, 2013.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Relação religião e saúde: possíveis contribuições. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27., 2010,

Belém. *Anais eletrônicos* [...]. Belém: UFPA, 2010. Disponível em: <https://bit.ly/3alch6E>. Acesso em: 19 fev. 2017.

MOLINA, M. C. B. *et al.* Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 743-50, 2003.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. de; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira Atividade Física & Saúde*, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M. T. Produção científica em Racionalidades Médicas e práticas de saúde. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, Tubarão, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2012.

NAVOLAR, T. S.; TESSER, C. D.; AZEVEDO, E. Contributions to the construction of integrative and complementary nutrition. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 515-527, 2012.

NEVES, L. C. P.; SELLI, L.; JUNGES, R. A integralidade na terapia floral e a viabilidade de sua inserção no Sistema Único de Saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

NUNES, A. L. P. F.; SILVA, M. B. C. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. *Mal-Estar e Sociedade*, Barbacena, v. 4, n. 7, p. 119-133, 2011.

OLIVIER, M.; BEHR, R. R. Relações no trabalho e na família: a congruência dos problemas, sentimentos e emoções. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA IARR NO BRASIL, 2005, Vitória. *Anais* [...]. Vitória: UFES, 2005.

ORIENTAÇÕES da União Europeia para a actividade física: políticas recomendadas para a promoção da saúde e do bem-estar. Lisboa: [s. n.], 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3jBKE37>. Acesso em: 6 nov. 2016.

PEREZ, C. S.; OLIVIER, M.; BEHR, S. C. F. Dificuldades nas relações interpessoais: o retorno de trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD, 6., 2010, Florianópolis. *Anais* [...]. Florianópolis: Anpad, 2010. p. 1-17.

PETROSKI, E. L.; OLIVEIRA, M. M. Atividade física de lazer e estágios de mudança de comportamento em professores universitários. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, Porto, v. 8, n. 2, p. 209-218, 2008.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

- PONDÉ, M. P. *Lazer e saúde mental*. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2007.
- ROSA, T. F. S. B. *O impacto da prática de yoga sobre o estresse no trabalho docente no curso de pedagogia*. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Vale de Itajaí, Itajaí, 2011.
- SANTOS, R. L. *et al.* Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Plantas Mediciniais*, Botucatu, v. 13, n. 4, p. 486-491, 2011.
- SEUBERT, F.; VERONESE; L. A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 13., 2008, Curitiba. *Anais [...]*. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. Disponível em: <https://bit.ly/2Z2Au27>. Acesso em: 11 maio 2017.
- SILVA, L. B.; LIMA, I. C.; BASTOS, R. A. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública. *Revista Saúde Coletiva da UEFES*, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p.40-45, 2015.
- SILVA, M. J. P.; BENKO, M. A. O uso das terapias alternativas por enfermeiros docentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 51, n. 3, p. 457-468, 1998.
- SIROIS, F. M.; SALAMONSEN, A.; KRISTOFFERSEN, A. E. Reasons for continuing use of complementary and alternative medicine (CAM) in students: a consumer commitment model. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, London, v. 16, n. 1, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3d2WeTF>. Acesso em: 5 fev. 2017.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2010.



# EPÍLOGO



# A interface saúde-educação na perspectiva das concepções e práticas de saúde

Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim  
Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu  
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Investigar sobre as concepções e práticas de saúde de estudantes e professores universitários permite compreender o impacto e a abrangência da formação superior em saúde. Seu desdobramento recai na percepção da importância e adoção de novas práticas de autocuidado, assim como no atendimento às demandas complexas que envolvem as diversas dimensões da vida de um indivíduo ou de uma população, refletindo-se nos processos de trabalho em saúde, em consonância com as políticas públicas. Considerando que a saúde e a doença envolvem uma multiplicidade de aspectos, torna-se necessário o investimento na formação de perfis de trabalhadores da saúde que agreguem novas ações e práticas e que atendam às demandas da população de maneira integral. Para tanto, a reestruturação dos currículos e dos métodos dos cursos de graduação e pós-graduação precisa considerar a interdisciplinaridade como imprescindível à formação de futuros profissionais.

Em nosso estudo, as concepções e práticas de saúde referidas pelos estudantes e professores permitiram agregar saberes e práticas que podem provocar reflexões e melhorias para o campo da formação superior, principalmente na área da saúde. Quanto às concepções de saúde, tanto os estudantes (47,9%) como os professores revelaram uma visão ampliada, que abrange simultaneamente as dimensões biológica, subjetiva, política e social da saúde, contemplando fatores ligados à forma de viver (alimentação, educação, moradia, lazer, atividade física, acesso aos serviços de saúde e saneamento). Os professores enfatizaram aspectos psicológicos, associando a saúde à capacidade de luta, autonomia,

capacidade crítica, entre outros. Essa ênfase aparece, entre os estudantes, em segundo lugar; 27% deles consideraram como fundamentais e funcionais os aspectos subjetivos da saúde. A concepção de doença dos estudantes, entretanto, foi majoritariamente biomédica (64,4%), enquanto os professores a consideraram como parte da vida, do existir, de modo que um fenômeno patológico também é normal, uma outra forma de normalidade, e cada indivíduo pode gerar novas normas, em consonância com suas concepções, crenças e contextos, conforme a perspectiva de Canguilhem (2014).

No caso dos estudantes ingressantes em um curso superior em saúde, a concepção de saúde tende a reproduzir experiências ou informações que valorizam a qualidade de vida, enquanto a doença é compreendida através dos seus aspectos orgânicos. Quanto aos professores, vale ressaltar as importantes contribuições das suas trajetórias de vida e acadêmica, principalmente por se tratar de um grupo em que predomina a formação *stricto sensu* na área de Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública, dado relevante que pode ter contribuído para uma visão ampliada do processo saúde-doença. Ou seja, os conceitos de saúde e doença não são estáticos, pois são revistos ao longo da vida, refletindo-se também nas práticas de saúde.

Em relação às práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, os estudantes as relacionaram ao estilo de vida, valorizando a alimentação saudável e os exercícios físicos. Contudo, eles apresentaram baixo consumo de frutas, verduras e cereais, além de baixos índices de atividade física. Os professores, por sua vez, apresentaram uma multiplicidade de práticas promotoras da saúde, que incluem as dimensões física, mental e espiritual, na direção da integralidade do cuidado em saúde, incluindo as práticas integrativas e complementares e as práticas religiosas. Foram relatadas práticas como alimentação balanceada, atividade física, acompanhamento da saúde, exames preventivos, lazer e descanso. Os docentes afirmaram consumir frutas, verduras e legumes diariamente, além de praticar atividade física (apenas três faziam isso fora do padrão recomendado internacionalmente, que é 150 minutos por semana de atividades, que podem ser diversas). Tais resultados reforçam o papel importante das universidades como ambientes sociais com o potencial de promover, através de suas políticas e práticas, a saúde a todos que as frequentam.

As concepções e práticas de saúde apresentadas por esse grupo de docentes e estudantes apontaram para um diálogo com outras áreas de conhecimento, ampliando a visão de mundo e a aprendizagem, extrapolando o modelo tecnicista e disciplinar de formação e a perspectiva da visão negativa da saúde enquanto mera ausência de doença. Apesar da conceituação de saúde e doença contemplar as diversas dimensões que compõem a vida humana, os professores revelaram uma experiência de prática docente estressora, capaz de levar ao adoecimento, conforme podemos constatar na literatura. A sobrecarga de trabalho, as exigências e as cobranças aparecem como os principais aspectos que geram esse estresse. Entre os estudantes que fizeram parte do estudo, o estresse não foi apresentado, provavelmente pelo fato de estarem no início do curso quando participaram deste estudo.

Tratar do fenômeno complexo da saúde é um desafio que se impõe no âmbito do ensino superior da saúde. Além de uma formação profissional que visa a atuação técnica para o mercado de trabalho, a formação acadêmica precisa também contemplar o ser humano como integral, enquanto cidadão político e ético, que respeita a diversidade e é engajado com a sociedade. Ou seja, é preciso formar pessoas para compreender a complexidade do processo saúde-doença, considerando que as referências socioculturais daqueles 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 ante um problema de saúde. Conhecê-los e considerá-los é de extrema relevância para determinar a melhor conduta do profissional de saúde em benefício do indivíduo. (SILVA; LEITE, 2014)

Conforme discorrido ao longo deste e de outros trabalhos, 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. A universidade, além de transmitir saberes, é capaz de produzir transformações. Ela permite uma troca contínua de saberes e práticas que envolvem diversos atores, dentre os quais estudantes e professores. A universidade possibilita deslocamentos capazes de gerar mudanças no âmbito individual e coletivo, envolvendo diversas dimensões, inclusive a político-pedagógica, apoiando-se no fato de as diretrizes curriculares da área da saúde apontarem para a importância

do autocuidado. Um dado importante identificado neste trabalho é a necessidade dos currículos do campo da saúde englobarem a filosofia, a sociologia e a antropologia, dentre outras áreas das ciências humanas e das artes, de modo a favorecer o entendimento desse fenômeno.

O enfoque ampliado e voltado para o coletivo se fez presente, neste estudo, nas práticas acadêmicas dos professores nas áreas do ensino, pesquisa e extensão, com relevantes reflexões, projetos e ações de impacto social, ligados à promoção da saúde de moradores de rua, qualidade de vida de gestantes, pesquisa sobre políticas de saúde etc. Nesse caso, sobressai a tendência mais avançada e moderna da promoção da saúde, que se relaciona com a educação para a saúde em qualquer espaço coletivo, capacitando os estudantes, assim como a comunidade, para atuar na melhoria da sua qualidade de vida.

Assim, a concepção ampliada, a compreensão da saúde como um fenômeno complexo e a prática interdisciplinar se tornam fundamentais para a reorientação das práticas, como preconiza a OMS, perspectivas que devem compor a base dos cursos da área da saúde e da formação docente. Desse modo, além desses professores terem apresentado grande substrato de conhecimento e experiências de autocuidado, eles também participam de um contexto educacional, ou melhor, de um curso com um projeto político-pedagógico inovador, o que lhes permite dar uma importante contribuição para a formação de futuros profissionais para a área da saúde, podendo influenciar de maneira transformadora a postura, o compromisso e a cultura profissional dos estudantes.

Apesar das limitações deste estudo, principalmente por envolver estudantes e docentes de apenas um curso de uma instituição, consideramos que a profundidade da análise nos revela construtos, percepções e valores intrínsecos à realidade do campo da saúde. A revisão de literatura sobre o tema, com a qual foram discutidos os nossos achados, incluiu pesquisas feitas em outras universidades, cidades e cursos da área da saúde, de modo que foi possível comparar diferentes realidades institucionais. Aspectos estruturais aqui presentes são encontrados em outras instituições de ensino e cursos da área de saúde, enquanto especificidades pertinentes à cada instituição e curso enriquecem o debate acerca da formação docente e discente, tendo como eixo as concepções, a avaliação e as práticas de saúde.

Investigar e refletir sobre a complexidade do processo saúde-doença sob a perspectiva de estudantes e professores da área da saúde, compreendendo as concepções e as práticas de saúde, permite a articulação de dados que podem gerar novas discussões e ações diante de mudanças curriculares dos cursos da área de saúde, perspectivas de melhoria para a ampliação da formação discente e docente, problematização das políticas e diretrizes dos processos avaliativos da graduação e dos programas de pós-graduação. Isso pode ainda contribuir para diminuir as divergências conceituais e aproximar as concepções e as práticas de saúde das reais necessidades dos indivíduos e da população. Além disso, uma escuta ativa por parte das instituições de ensino pode favorecer a realização de ações preventivas e assistenciais capazes de diminuir ou mesmo eliminar a tensão no trabalho e na formação, oferecendo maior atenção às condições do trabalho, à gestão e ao estabelecimento de políticas mais comprometidas com a qualidade da educação e a proteção à saúde física e mental dos seus estudantes e profissionais.

## Referências

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

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





## **Sobre os autores**

### **Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro**

Psicólogo. Mestre e doutor em Educação. Professor associado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Docente permanente do programa de pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC-UFBA) e membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis).

### **Luciana de Oliveira Alves Bastos Amorim**

Odontóloga. Especialista em Saúde Pública pela Associação Brasileira de Odontologia. Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), especialista em Micropolítica da Gestão e Trabalho na Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pelo programa de pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC-UFBA). Participante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis). Gestora de processos educativos da Escola de Saúde Pública Professor Jorge Novis, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

### **Marcelo Nunes Dourado Rocha**

Odontólogo. Mestre em Saúde Comunitária pelo programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (PPGSC-ISC-UFBA) e doutor em Saúde Coletiva pelo mesmo programa. Professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), da UFBA. Docente permanente

do programa de pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC-UFBA) e membro do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis).

## **Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu**

Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar, mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade pelo programa de pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, da Universidade Federal da Bahia (IHAC-UFBA). Participante do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis) e gestora do Núcleo de Atenção Psicopedagógica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

## **Maria Thereza Ávila Dantas Coelho**

Psicóloga. Mestre em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Professora associada do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC-UFBA). Docente permanente do programa de pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC-UFBA), docente colaboradora do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva (ISC-UFBA) e do mestrado profissional em Segurança Pública, Justiça e Cidadania (EA-UFBA). Coordenadora do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (Savis).

Este livro é produto de duas pesquisas de mestrado envolvendo discentes e docentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Ele se propõe a discutir as concepções e práticas ligadas à saúde e à doença, a partir da perspectiva dos que se engajaram numa proposta de mudança da formação em saúde. Seus resultados apontam para a importância de estudos que envolvam o fenômeno saúde-doença-cuidado no âmbito da universidade, possibilitando compreender e transformar a educação superior nessa área. A obra se destina a professores, estudantes, gestores e a todos os que se interessam por essa temática.