



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM
EDUCAÇÃO FÍSICA

A UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA É PROMOTORA DE SAÚDE?
A PERCEPÇÃO DE ALUNOS DOS CURSOS DA SAÚDE

Jorge André Sevilis Almeida

BRASÍLIA
2017

**A UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA É PROMOTORA DE SAÚDE?
A PERCEPÇÃO DE ALUNOS DOS CURSOS DA SAÚDE**

JORGE ANDRÉ SEVILLIS ALMEIDA

Projeto de pesquisa de mestrado apresentado ao programa de pós-graduação em Educação Física da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre. Linha de pesquisa: Estudos Sociais e Pedagógicos da Educação Física, Esporte e Lazer. Tema de pesquisa: Educação Física e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira

BRASÍLIA

2017

Dedicatória

Dedico este trabalho à família. Irmã, pai e mãe que sempre estiveram lá quando procurei, e sempre estarão.

Dedico também e, principalmente, a Ele, o que tudo pode.

Agradecimentos

Ainda era muito pequeno quando comecei a ver a união que existia em meu círculo familiar. O exemplo dado por meu pai, Jorge Luís Borges da Silva Almeida, minha mãe, Carmen Hrissula Sevilis Almeida, e minha irmã, Elizabeth Sthefany Sevilis Almeida, mostraram-me que o caminho, na verdade, é este.

Parece que o destino nos guia para atividades e espaços onde os aprendizados iniciais façam sentido. Tinha nove anos quando empreendi minha primeira viagem para o sucesso através do esporte, o “Karate”, atividade na qual me foquei, conseguindo obter títulos nacionais e internacionais. Isto não foi por acaso. Um trabalho intenso foi feito com meninos que haviam começado do nada na crença de que um dia se tornariam campeões. Um técnico, sem ganhar nenhum tostão por isso, juntou a equipe e nos motivou a treinar, incentivando o trabalho em grupo dia após dia. E os campeões que só este homem chamado Caio Márcio via foram realmente surgindo e se confirmando. Eu estava lá nesse projeto que, mal sabia, mudaria a minha vida para sempre. Mesmo fora da competição, o espírito guerreiro me fez romper barreiras e dificuldades individuais, mantendo a perspectiva do grupo.

Esta experiência, aliada ao exemplo da minha família, me guiou para o olhar sensível ao próximo. Ajudar o outro e tornar este mundo um pouco melhor a cada dia talvez seja nossa missão neste planeta. Quem poderá dizer se isto está certo ou não? Creio que ninguém, o que me permite sonhar e viver desta forma, sem impedimentos.

É neste panorama que a Promoção da Saúde entra em minha vida, na forma de uma referência que fortalece minha visão de mundo e me mostra que os referenciais teóricos são muito mais do que palavras em folhas de papel. Agregar este saber ao campo da Educação Física e apurar este olhar sensível não foi nada fácil e eu devo muito à minha orientadora, Júlia Nogueira, que me mostrou não só o conteúdo a ser estudado, mas o sentimento envolvido na prática científica voltada para os outros e não para si. E agradeço também aos colegas do grupo de pesquisa em Educação Física e Saúde Coletiva que fizeram o caminho menos solitário.

Chego neste ponto da minha vida, com a defesa desse mestrado, sentindo-me mais preparado para enfrentar as dificuldades que virão e, inspirado em figuras como Mahatma Ghandi e Martin Luther King, mais fortalecido para combater o bom combate, para que dias melhores possam vir.

Resumo

A Promoção de Saúde pode ser entendida como o processo por meio do qual se implantam políticas integradas e intersetoriais voltadas para tornar o indivíduo participante da construção da própria saúde. Uma Universidade Promotora de Saúde (UPS) nada mais é do que uma instituição de ensino superior que aplica os princípios de Promoção de Saúde em suas ações. O movimento das UPS vem ganhando força no mundo, mas o Brasil ainda não possui uma rede nacional. Pensando nisso, o presente estudo procurou explorar as potencialidades da Universidade de Brasília (UnB) como UPS a partir do olhar de alunos dos cursos da saúde. Como instrumento, utilizou-se um questionário elaborado com base no *Guía para Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Ensino Superior Promotoras de la Salud*, elaborado pela Rede Chilena de UPS em 2013, composto por 60 questões divididas em 18 componentes e quatro áreas. Participaram 439 alunos de sete cursos da saúde. Resultados foram expressos em frequência e medidas de tendência central; com associações sendo calculadas por correlação de Pearson e Regressão Logística. Resultados mostram que 62% dos alunos da saúde consideram que a UnB promove, em alguma medida (SIM ou EM PARTE), a saúde. Quanto às áreas, temos que a UnB se saiu melhor na área de Gestão Institucional enquanto foi pior nos Estilos de Vida. Os componentes Vínculos com o meio e Aspectos Curriculares foram os que mostraram os melhores resultados e os componentes Fatores protetores psicossociais, Atividade física e Prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas mostraram os piores. Análises de regressão logística indicaram que indivíduos do sexo feminino, da Classe C, D e E, concluintes dos cursos e mais velhos tenderam a percepções mais negativas gerando questões quanto à influência dos determinantes sociais da saúde nesses resultados. Cursos e Faculdades também apresentaram padrões de respostas diferentes, com a Faculdade de Ciências da Saúde (FS) e os cursos de Saúde Coletiva e Ciências farmacêuticas apresentando respostas mais positivas. É importante que se busque compreender os aspectos envolvidos na percepção mais positiva entre esses alunos para que a UnB possa ampliar as boas práticas em toda a instituição. É provável que os currículos dos cursos e o programa FS Promotora de Saúde estejam transformando a realidade e o olhar dos alunos tornando-os mais favoráveis à saúde. Novos estudos sobre o tema devem ser desenvolvidos no Brasil, principalmente visando fortalecer o movimento na América Latina.

Palavras-chave: Universidade Promotora de Saúde; promoção de saúde; abordagem baseada em ambientes.

Abstract

Health Promotion (HP) can be understood as the process by which integrated and intersectoral policies are implemented in order to turn an individual participant of the building of his own health. A Health Promoting University (HPU) is nothing more than a higher education institution that applies the principles of HP in its actions. The movement of HPU have been gaining strength worldwide, but Brazil does not have a national network yet. Thinking about this, the present study meant to estimate the potential of the University of Brasília (UnB) as HPU from the perspective of students of the health courses. As method, the present study used a questionnaire elaborated based on the Guía para Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Ensino Superior Promotoras de la Salud, elaborated in the Chilean Network of HPU in 2013, composed of sixty questions divided by 18 components and four areas. The sample was composed by 439 students . Results were expressed in frequency and central tendency measures, as well as analysis of association with Pearson's correlation and Logistic Regression with Wald test. 439 students answered the questionnaire. As a result, 62% of the health students considered that UnB promotes health somewhat (YES or IN PART). When analyzed by areas, the UnB was better in Institutional management and worse in life styles. The components Enviroment linkages and Curricular Aspects had better results while Psico-social protector factors, Physical activity and Preventinon from the consumption of Tabaco, alcohol and other drugs had the worse results. Logistic regression analyzis indicate that females, from classes C, D or E, in the end of the course and older individuals had the most negatives perceptions, gerenating questions related to social determinants of health. Faculties and courses presented diferent patterns of answer, with Health Sciences Faculty and courses of Collective Health and Pharmacy presenting the most positive answers. That is important to understand the aspects of positive perceptions in these students in order to amplify the good practices in all the institution. That is probable that curriculum of courses and the FS Promotora de Saúde program are changing the reality and the perception of students, truning them more favorable to health. New researches about the theme must be developed in Brazil, mostly seeking to strength the movement inside Latin America.

Key-words: Health Promoting University; health promotion; setting based approach.

Lista de figuras

Figura 1- Imagem representativa da Promoção da Saúde na Carta de Ottawa com as cinco ações e as três estratégias fundamentais em Promoção da Saúde. Fonte:OMS, 1986.....	25
Figura 2 - Processo de seleção dos estudos	51
Figura 3 - Frequências de respostas sobre Promoção da Saúde segundo áreas de Promoção da Saúde	63
Figura 4- Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por sexo	66
Figura 5- - Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por renda	68
Figura 6 - Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por faixa etária (em anos)	71
Figura 7 - Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por período de curso	73
Figura 8- Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por curso e faculdade.....	78
Figura 9- Respostas dos alunos afixadas no Mural colocado na entrada da Faculdade de Ciências da Saúde do Campus Darcy Ribeiro no primeiro semestre de 2016	106
Figura 10 - Iniciativas existentes na FS Promotora de Saúde. Uso de materiais reciclados (quadrante esquerdo-superior), espaço comunitário Dr. Elíoenai Dornelles Alves (quadrante direito-superior), espaço coletivo Cora Coralina (quadrante esquerdo-inferior) e o projeto plante um livro no seu jardim (quadrante direito-inferior)	107
Figura 12- Espaço físico destinado à Promoção de saúde. Frases espalhadas pela Faculdade (parte superior), defesa em relação ao ideário de defesa da mulher (quadrante esquerdo-inferior) e o espaço Comunica FS (quadrante direito-inferior).	107

Lista de quadros

Quadro 1- Análise das áreas contempladas nas ações realizadas ou descritas nos estudos, com base na classificação proposta pela REDUPS (2013)	45
Quadro 2 - Áreas e componentes avaliativos de uma Universidade Promotora de Saúde.....	38
Quadro 3- Etapas do estudo desenvolvido na Universidade de Brasília	500
Quadro 4- Indicadores (Área, Componente e Questão) de Promoção da Saúde que obtiveram mais de 50% das respostas como SIM (em cor verde) ou NÃO (em cor vermelha)	64
Quadro 5- Questões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (%) entre os sexos.	67
Quadro 6- Questões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (%) separadas por renda	70
Quadro 7- Questões de Promoção da Saúde que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (%) segundo faixas etárias (idade em anos)	72
Quadro 8- Questões de Promoção da Saúde que apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas frequências de respostas (%) entre os períodos do curso.....	75
Quadro 9 - Questões de Promoção da Saúde que apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas frequências de respostas (%) entre as faculdades	80

Lista de tabelas

Tabela 1- Distribuição da população e amostra, separada por cursos e total.	56
Tabela 2- Características sociodemográficas dos participantes.....	61
Tabela 3 – Razões de chance para a totalidade das respostas SIM, ajustada para sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso.	76
Tabela 4 - Razões de chance para a totalidade das respostas SIM, ajustada para sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso.....	82
Tabela 5 - Razões de chance para respostas SIM dentro da Área de Gestão Institucional, ajustada para sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso.	83
Tabela 6 - Razões de chance bruta e ajustada para respostas positivas dentro da Área de Comunicação e Participação Social	84
Tabela 7 - Razões de chance bruta e ajustada para respostas positivas dentro da área de Ambientes saudáveis	84
Tabela 8 - Razões de chance bruta e ajustada para respostas positivas dentro da área de Estilos de vida.....	85

Lista de abreviaturas e siglas

FEF: Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília

FM: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília

FS: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

IES: Instituições de Ensino Superior

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-americana de Saúde

Pet Saúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

REDUPS: Rede Nacional de Universidades Promotoras de la Salud, Chile

REUNI: Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RIUPS: Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud

UnB: Universidade de Brasília

UPS: Universidade Promotora da saúde

Lista de anexos

ANEXO I.....	147
ANEXO II.....	155
ANEXO III	156

Lista de apêndices

APÊNDICE A	158
APÊNDICE B	159
APÊNDICE C	160
APÊNDICE D	161

SUMÁRIO

Página

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1	Histórico da Promoção da Saúde como modelo referencial	18
2.1.1	A Promoção da Saúde na América Latina e no Brasil	27
2.2	As Universidades Promotoras de Saúde.....	32
2.2.1	Universidades Promotoras de Saúde na América Latina	35
2.2.2	A UnB como parte da Rede Ibero-americana de UPS	36
2.3.	Avaliação em Promoção da Saúde	41
3.	OBJETIVOS	49
3.1.	Geral	49
3.2.	Específicos	49
4.	METODOLOGIA	50
4.1	Aprofundamento no tema.....	51
4.2	Imersão no Contexto	51
4.3.	Planejamento do estudo	54
4.4	Aspectos Éticos	54
4.5	População e Amostra.....	54
4.6	Trabalho de Campo	56
4.7	Tratamento estatístico.....	57
5.	RESULTADOS	60
5.1	Características dos participantes	60
5.2	Percepção dos alunos dos cursos da saúde sobre Promoção da Saúde na UnB.....	62
5.3	Diferenças na percepção sobre a Promoção da Saúde na UnB em relação às características da população.....	65
5.3.1	Diferenças por Sexo	65
5.3.2	Diferenças por classe econômica	67
5.3.3	Diferenças por faixa etária	70
5.3.4	Diferenças por período do curso	72
5.4	Síntese dos resultados por sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso	76
5.5	Diferenças por Cursos e Faculdades	77
5.6	Efeito isolado das variáveis Curso e Faculdade nas respostas dos estudantes	82
6.	DISCUSSÃO	86
6.1	Área de Gestão institucional	87
6.2	Área de Comunicação e participação social	90
6.3	Área de Ambientes saudáveis	94

6.4	Área de Estilo de Vida saudáveis.....	96
6.5	Diferenças entre Cursos e Faculdades.....	100
6.6	Limitações e Contribuições do presente estudo.....	109
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS (CONCLUSÕES)	113
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
	LISTA DE ANEXOS.....	Error! Bookmark not defined.
	LISTA DE APÊNDICES.....	Error! Bookmark not defined.

1. INTRODUÇÃO

Universidades são espaços reconhecidos de produção de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e formação profissional, mas também são locais onde pessoas se relacionam e vivenciam diversos aspectos de suas vidas cotidianas. Devem, portanto, se constituir como ambiente de experimentação, exploração e reflexão que favoreça a formação humana e a construção de sociedades mais justas (TSOUROS, 1998). Dotada de autonomia, uma universidade tem o compromisso ético de apoiar o desenvolvimento de posturas críticas diante da realidade social e de valores e atitudes relacionados à promoção da vida (BULLA; VILLATE; ZÁRATE, 2011; MELLO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2010; GOODSTAT *et al.*, 2007).

As universidades apresentam, então, um enorme potencial para proteger a vida e promover a saúde de sua população (estudantes, docentes e demais funcionários) bem como das comunidades nas quais estão inseridas. Isso deve ocorrer através das atividades de gestão, ensino, pesquisa e extensão que favoreçam a construção de ambientes, regras, conhecimentos e convivências saudáveis capazes de afetar, direta ou indiretamente, os modos de agir de toda a comunidade (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; CUTIVA; MUÑOZ, 2009; TSOUROS, 1998).

Nessa perspectiva, o movimento das Universidades Promotoras de Saúde (UPS) defende que as Instituições de Ensino Superior (IES) devam contribuir para a existência de ambientes mais saudáveis para o trabalho, o estudo e a convivência da comunidade (OMS, 2006) através da valorização da Promoção da Saúde em suas políticas e componentes curriculares, além de formar alianças e parcerias comunitárias para a concretização sustentável desse projeto (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; ROCHA, 2008; TSOUROS, 1998). Sucintamente, a UPS é uma instituição que contempla os princípios e preceitos da Promoção da Saúde em todos os seus aspectos e ações (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; TSOUROS, 1998).

No entanto, é relevante destacar os diferentes significados de Promoção da Saúde em diversos referenciais teóricos, desde sua primeira utilização como termo específico e pleno de significado, em 1945 (GOODSTAT *et al.*, 2007). Inicialmente utilizado para definir uma das quatro funções da medicina moderna, juntamente com a prevenção das doenças, o tratamento dos doentes e a sua reabilitação (CASTRO, 2008), o conceito de Promoção da Saúde desponta internacionalmente a partir de 1970, numa concepção não centrada na doença, mas sim, voltada

para a mudança individual dos estilos de vida (HEIDMANN *et al.*, 2006). Novo avanço conceitual é materializado na Carta de Ottawa, registro da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 no Canadá, ao incorporar a ampla causalidade da determinação social e econômica nos processos de saúde e adoecimento humanos (HEIDMANN *et al.*, 2006; OMS, 1986).

Atualmente, a concepção de Promoção da Saúde apresenta uma característica complexa, de forma que ela só pode se efetivar a partir da reunião de diversas estratégias e atores, sendo bastante difícil sua definição e operacionalização. Partindo da Carta de Ottawa, um marco referencial do movimento, podemos entendê-la como: processo que permite que as pessoas aumentem o controle sobre sua saúde e sejam capazes de melhorá-la, a fim de atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Para tanto, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com o ambiente (OMS, 1986, p.1).

Para complementar, no Brasil a Política Nacional de Promoção de Saúde a define por: “um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, de forma que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida” (BRASIL, 2006, p. 5). Essa definição consta na Política publicada em 2006, revisada em 2014 em função de novos desafios internacionais e nacionais (BRASIL, 2014).

No entanto, a despeito dos avanços conceituais, as aproximações ao tema da Promoção da Saúde nas escolas e universidades brasileiras têm sido marcadas por uma concepção hegemônica e ainda vigente de saúde limitada às vertentes higienista e preventivista; e que deve ser promovida por meio de uma educação em saúde que se resume à transferência de informações do profissional especialista para o aluno (WALLERSTEIN, 2006). Nessa perspectiva, espera-se que os educandos reproduzam e transmitam fielmente os comportamentos saudáveis apontados nos conteúdos acadêmicos (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

A formação de nível superior do profissional de saúde, uma peça central no processo de transformação da concepção de saúde, acaba por não contemplar os ideais mais contemporâneos da Promoção da Saúde na Universidade e, assim, gera profissionais aptos a

reforçar o modelo preventivista, curativo, linear e lucrativo da saúde (RIBEIRO; MEDEIROS-JUNIOR, 2016).

Tal situação se repete também na produção de conhecimento científico referente à Promoção da Saúde, onde quantidade significativa de publicações aborda o tema relacionando-o a aspectos comportamentais ou de risco à saúde em universitários (GONZÁLEZ-ZAPATA *et al.*, 2013; CUTIVA; MUÑOZ, 2009; MARTINI; SQUILLANTE; SPINOZA, 2002). São poucas as produções que abordam a Promoção da Saúde no meio acadêmico usando a perspectiva ampliada e complexa que contempla os determinantes sociais e princípios como o empoderamento e a participação social dos envolvidos (CHERRYL; D’AFFITTI, 2003).

Considerando que os estudantes do ensino superior estão sendo formados para enfrentar as demandas sociais e atuar no mercado de trabalho contemporâneos, a universidade deveria oferecer não só ambientes saudáveis como também uma formação pautada nos princípios e estratégias da Promoção da Saúde contemplados na Carta de Ottawa. Os profissionais de saúde formados na perspectiva das UPS deveriam ser capazes de agir e advogar em favor da Promoção da Saúde em sua perspectiva ampliada (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; TSOUROS *et al.*, 1998).

A despeito de um forte movimento latino-americano em Promoção da Saúde, não existe uma rede sólida ou sistematizada de UPS no Brasil (MELLO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2010). Para favorecer esse movimento é necessário que alguma IES tome a iniciativa de adotar esses princípios em âmbito universitário, que passe a mapear a realidade, a desenvolver ações, e a manter registros e avaliações dos processos, de forma a possibilitar a produção de material científico sobre o tema na perspectiva nacional.

Tendo esses aspectos em mente, o presente estudo pretende ser um ponto de partida para registrar e analisar as características Promotoras de Saúde da Universidade de Brasília (UnB) a partir da percepção dos discentes que frequentam os cursos da grande área da Saúde. Acreditamos que esse estudo possa oferecer uma contribuição ao registro sistemático das áreas e componentes de Promoção da Saúde desenvolvidas (ou não) pela Universidade, permitindo ainda reflexões sobre as concepções vigentes que permeiam as vivências e a formação acadêmica em Saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Histórico da Promoção da Saúde como modelo referencial

Tanto a saúde quanto sua promoção devem ser abordadas dentro de um panorama complexo, como um conjunto de intenções, práticas, conceitos e diretrizes que não possibilitam definições simples. É desafiador sintetizar o que estes constructos sociais representam ou o que eles realmente são nas práxis¹ humana (OMS, 1986; OMS, 1997; TSOUROS, 1998; ROJAS; CRUZ, 2012; LABONTE, 1993; BARTON, 2014; FERTMAN; ALLENSWORTH, 2010). Desta forma, os conceitos aqui abordados devem servir, antes de tudo, de guia à ação real na produção complexa da vida (BARTON, 2014; CURIOSO, 2008; THOROGOOD; COOMBES, 2010).

Historicamente, uma definição que não pode deixar de ser destacada é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) onde saúde significa um estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946). Representando um avanço conceitual à época, essa concepção surgiu a partir de uma série de reflexões alinhadas com a noção de que apenas manter distância de doenças não garantiria bem-estar ou qualidade de vida. Não obstante, essa descrição não foi capaz de contemplar todas as interfaces do fenômeno (CAMPOS *et al*, 2006; THOROGOOD; COOMBES, 2010; MORIN, 2011).

Parte da dificuldade conceitual reside na forma binária de conceber as perspectivas de saúde, transitando ora como fenômeno social ora como biológico de forma que, numa perspectiva complexa, os próprios parâmetros biológicos podem ser socialmente construídos (MORIN, 2011). Há que se considerar que a Saúde, como “constructo social” ou “fenômeno moral”, é uma construção histórica, social e cultural que relaciona moralidade e comportamentos saudáveis. Em outras palavras, o que se considera mais saudável como comportamento normalmente está relacionado, também, ao que é mais aceito socialmente (WARWICK-BOOTH; CROSS; LOWCOCK 2012).

¹ No presente trabalho, compreendemos a *Práxis* como materialidade da teoria dentro da prática desde que esta venha acompanhada do exercício de reflexão e associação à própria teoria, conforme construção de Adolfo Sánchez Vázquez (1990) em seu livro “Filosofia da Práxis”.

Devido a sua complexidade, modelos de classificação do fenômeno são criados numa tentativa de delimitar sua concepção. Como exemplos de modelos temos o biomédico, o holístico, o social ou o biopsicossocial, que se “destrinçam” em classificações ou imagens de saúde, ou seja, em construções surgidas a partir do “ponto a partir do qual se analisa” a saúde. Dessa forma, a saúde pode ser tida como: espiritual ou holística; determinista, quantitativa, estatística ou funcional; assuntiva, relativa ou descritiva; ou cultural, componente do inconsciente coletivo ou até mesmo uma definição de dicionário (WARWICK-BOOTH; CROSS; LOWCOCK, 2012); ou ainda como antítese de doença; estado de equilíbrio; capacidade de desenvolvimento ou crescimento saudável; requisito para funcionalidade; qualidade de ajuste (adequação em relação à padrões sociais); consequência de uma totalidade; bem-estar; transcendência (disposição de recursos psicológicos e espirituais para lidar com situações cotidianas); ou empoderamento e recurso para a vida (GORIN *et al.*, 2006).

Qualquer que seja a definição adotada, ela constitui a saúde “em termos de”, significando que o que se tem como saúde em cada uma dessas “imagens” é o que se pode dizer dela a partir de um ponto de vista limitado (GORIN *et al.*, 2006; WARWICK-BOOTH; CROSS; LOWCOCK, 2012). Essas dificuldades que envolvem o processo de compreensão e definição do fenômeno da saúde perpassam, logicamente, as discussões sobre Promoção da Saúde. A ênfase a ser dada a qualquer um dos modelos, das classificações, das imagens ou das perspectivas de saúde indica o rumo que as ações promotoras de saúde podem tomar (GORIN *et al.*, 2006).

A Promoção da Saúde, como uma estratégia voltada para o incremento dos níveis de saúde, dá destaque ao contexto, envolvendo aspectos históricos e culturais, e ao indivíduo como sujeito central no processo (BRASIL, 2014). Ganham vez, neste caso, o modelo holístico ou a imagem do empoderamento por exemplo, e o modelo biomédico é relegado a um segundo plano (GORIN *et al.*, 2006).

Muito embora existam textos vinculados a Hipócrates, 400 anos antes de cristo, relacionando a saúde a cuidados e relações com o ambiente, algo que também é pretendido na promoção da saúde moderna, não se pode afirmar que essa concepção antiga de um modo de “cuidar” da saúde tenha relação com a Promoção, pois o conceito de saúde adotado à época tomava um rumo individual e, na maioria das vezes, biológico, não sendo entendido como um fenômeno social (THOROGOOD; COOMBES, 2010).

Diante dessa complexidade e dos desafios conceituais para a compreensão do fenômeno da Promoção da Saúde, é de grande auxílio acompanharmos, numa perspectiva histórica, o movimento da Promoção da Saúde no mundo. A constituição da Promoção da Saúde como concepção teórica passa, antes de tudo, pela constituição da saúde pública e da epidemiologia, campos científicos² que se consolidaram no século XIX, a partir de um olhar, ainda que dentro do modelo biológico, dotado da noção de que aspectos ambientais e coletivo-urbanos poderiam influenciar a saúde individual (THOROGOOD e COOMBES, 2010; GORIN *et al.*, 2006).

Com o advento da revolução industrial, as epidemias - antes tratadas como caixas pretas sobre as quais se forjavam inúmeras explicações, inclusive religiosas - começam a ser interpretadas como resultados de interações ambientais. Neste contexto, uma mistura de avanço científico com interações humanas cada vez mais dinâmicas e interesses das classes dominantes em relação à saúde dos trabalhadores começa a gerar uma mudança de paradigma em relação à saúde e, conseqüentemente, à forma de lidar com a mesma. O modelo curativo, individual e leigo-empírico passa a dar lugar ao modelo científico centrado na perspectiva coletiva, representando um campo fértil para o surgimento da Promoção da Saúde décadas mais tarde (THOROGOOD e COOMBES, 2010; GORIN *et al.*, 2006; CAMPOS *et al.*, 2006).

Alguns trabalhos científicos iniciais que destacaram a saúde numa perspectiva pública foram: o *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, relato referente às condições de saúde de trabalhadores da Grã-Bretanha, de Edwin Chadwick em 1843; e o estudo da relação do consumo de água contaminada de uma estação de tratamento com uma epidemia de cólera em Londres, de John Snow em 1849 (THOROGOOD, 2010).

A despeito da compreensão de saúde como fenômeno coletivo e da tentativa de controlar o meio para que doenças e enfermidades não emergissem na forma de epidemias, os indivíduos deveriam se manter saudáveis para que pudessem trabalhar e gerar lucro (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Nessa época, a medicina deu vários saltos em evolução técnica e, por isso, aspectos operacionais foram exacerbados e incorporados às práticas estatais, muitas vezes de caráter coercitivo. Os procedimentos terapêuticos ou preventivos eram compreendidos como

² Aqui se adota a definição de campo científico que se alinha à definição de Bourdieu (2002), caracterizado como um espaço de luta legítimo em que não ocorre neutralidade e em que as articulações políticas se vinculam aos paradigmas e correntes de pesquisa.

“manuais de montagem da saúde”, ou seja, bastava seguir uma diretriz para que se mantivesse uma população saudável (CAMPOS *et al.*, 2006).

Esse modelo logicamente não dava conta da realidade social, que passou a demonstrar sinais de ruptura em vários aspectos que interferiam diretamente na saúde da população. Foi no início do século que surgiram diversos movimentos sociais para reivindicar direitos, tais como os trabalhistas, as sufragistas, e os ambientalistas (CAMPOS *et al.*, 2006; ZOMER; VIANA, 2010). Esses revolucionários exigiam, direta ou indiretamente, uma visão de saúde que saísse do procedimental e que valorizasse o indivíduo em suas necessidades a partir de ações que operassem efeitos na coletividade e no ambiente (GORIN *et al.*, 2006).

É nesse contexto que a vertente do higienismo surge e ganha força, sendo entendido como conjunto de medidas relacionadas à higiene, limpeza e purificação de pessoas, espaços e cidades (THOROGOOD, 2010). Este floresce na Europa e se espalha até a América Latina. Com o início da Primeira Guerra Mundial, o nacionalismo e o eugenismo³ ganham espaço cientificamente (GOIS-JÚNIOR; LOVISOLO, 2005; DEL CONT, 2008). Soma-se a isso, o fortalecimento da indústria farmacêutica e sua associação com a corporação médica para exercer forte pressão sobre as instituições, as universidades e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica” (PAGLIOSA; ROS, 2008; THOROGOOD e COOMBES, 2010).

Pautado nos resultados de um estudo, o *Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, posteriormente conhecido como Relatório Flexner, o processo de reforma da educação médica passa a ocorrer. O relatório propôs, dentre outras coisas, a extinção dos cursos de graduação em fisiomedicalismo e do botanommedicalismo, precursores da fitoterapia e da homeopatia, bastante aceitos e populares à época; o foco na prática clínica; e a elitização das escolas médicas, incluindo o fechamento das escolas para negros (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Nas palavras do próprio Flexner, com as devidas perdas oriundas de tradução e reprodução escrita: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. A doença é considerada um processo natural e biológico. O social, o coletivo, o

³ Conforme coloca Del Cont, 2008, este termo foi conceituado por Francis Galton, em 1865 como uma forma de melhorar características genéticas de modo a obter uma raça perfeita, de corpo robusto, forte e de cor branca.

público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença (SANTOS, 1986). De postura assumidamente positivista, o modelo Flexneriano ainda hoje é vigente na maior parte das escolas médicas do mundo ocidental (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A partir da Segunda Guerra Mundial e seus devastadores efeitos, ocorrem mudanças profundas em todos os setores sociais, inclusive nas cúpulas de alta gestão relacionadas à previdência, às relações internacionais e ao trabalho (KERSTENETZKY, 2011). Com diversos países ainda devastados pela guerra, o intuito era tentar reparar, em quase toda Europa, uma parte da Ásia e na América, um bem-estar social mínimo. Passa-se a discutir não apenas o direito à vida, mas também o direito à saúde em uma nova compreensão.

No caso, da Grã-Bretanha, o *welfare-state* (estado de bem-estar) ganhou impulso a partir de um modelo vinculado ao plano Beveridge - em homenagem a seu criador, o economista William Beveridge - pautado em atenuar cinco grandes entraves para a reconstrução social, quais sejam: a miséria, a doença, o desamparo, a ignorância e a ociosidade. O *Report on Social Insurance and Allied Services*, gerado na perspectiva do plano, possibilita uma caminhada na direção de um “seguro doença” que passou a “permitir” que trabalhadores doentes tivessem apoio do Estado em tais momentos, garantindo um nível de condições mínimas, abaixo das quais ninguém deveria viver. É o início das políticas de bem-estar social (KERSTENETZKY, 2011; CAMPOS *et al.*, 2006).

Nesse contexto, uma combinação de cuidados higiênico-sanitários e aumento nos processos industriais dá início à redução da quantidade de casos de doenças infecciosas e ao aumento das doenças crônico-degenerativas, o que faz com que o modelo biomédico unicausal das doenças perca espaço para o modelo multicausal da história natural da doença e da tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio-ambiente) desenvolvido por Leavell e Clark (PUTTINI; JÚNIOR; OLIVEIRA, 2010; LEAVELL; CLARK, 1976).

A compreensão de doença como um processo que pode ser prevenido ao se controlar o meio externo (ambiente físico e social), além da saúde corporal do indivíduo, favorece o preventivismo e o estabelecimento dos níveis de atenção à saúde, o que seria, de certa forma, pautado em um modelo focado na história natural da doença. Este modelo sucede o modelo médico tradicional e precede o debate epidemiológico em medicina social (HEIDMANN *et al.*, 2006; PUTTINI; JÚNIOR; OLIVEIRA, 2011).

Em adição, um sanitarista canadense chamado Henry Sigerist usou pela primeira vez de forma sistematizada o termo Promoção da Saúde como uma das quatro funções da medicina juntamente com a prevenção das doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Para Sigerist a Promoção da Saúde abarcava ainda as ações de Educação em Saúde e as ações do Estado para melhorar condições de vida da população (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

O contexto pós-guerra favoreceu a compreensão do indivíduo como centro de um processo social e coletivo e impulsionou a criação de organizações políticas supranacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) com vistas, principalmente e apenas idealmente, infelizmente, à manutenção da paz mundial e controle das divergências internacionais. Além disso, é elaborada em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, um marco no reconhecimento e proteção universal desses direitos (GUERREIRO; 1995; KATZ, 2008; SATO, 2000).

Todos estes fatores somados aos avanços tecnológicos e os altos custos envolvidos em tratamentos médicos de alta complexidade fizeram com que a forma de se olhar para intervenções em saúde continuasse suas mudanças em um ritmo acelerado. Em 1953 a OMS define o que seriam serviços básicos de saúde como uma alternativa aos atendimentos médicos tradicionais, contemplando ações de saúde para além da relação médico-paciente (OMS, 2007).

A partir de 1970 se fortalecem dois movimentos distintos: o da medicina cada vez mais técnica, baseada em evidências; e o dos determinantes sociais envolvidos nos processos de saúde e adoecimento. Esses movimentos deixam claro como o processo de chegada ao panorama atual não foi linear e harmonioso, mas bastante conturbado, dual e contraditório (CASTIEL; POVOA, 2002; CAMPOS *et al.*, 2006).

Em 1974 é elaborado um relatório governamental *A new perspective on the health of Canadians*, também conhecido como Relatório Lalonde, reconhecendo que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico era insuficiente se o objetivo era melhorar a saúde coletiva e que era necessário ir além da prevenção e tratamento das doenças. O relatório enfatizou a responsabilidade individual na adoção de comportamentos saudáveis e propôs que as intervenções em saúde pública dessem ênfase aos segmentos populacionais de maior risco (SOUZA; GRUNDY, 2004).

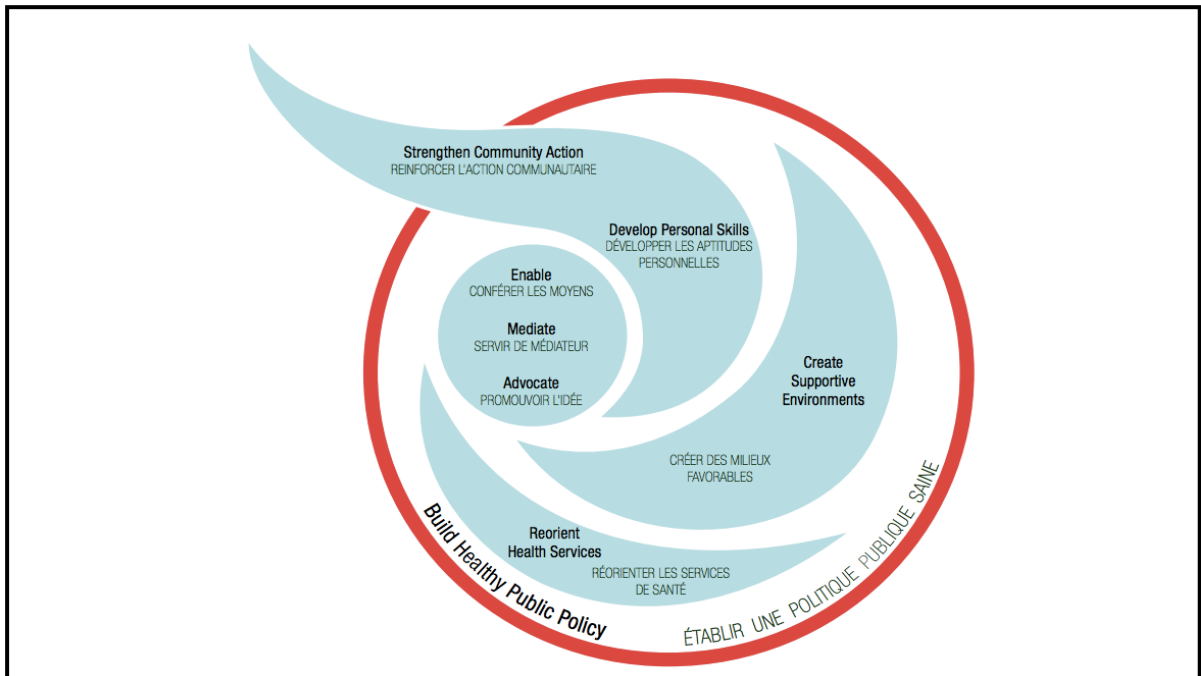
Nessa linha do tempo, em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde realizada pela OMS lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” e, como marco inicial dessa

programação, foi realizada no ano seguinte a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata. Essa Conferência reafirmou e institucionalizou os níveis de atenção à saúde propostos por Leavell e Clark, complementando-os com uma visão mais ampla e humana em saúde que extrapolava o aspecto procedimental da divisão da atenção de saúde em níveis. A declaração de Alma-Ata exorta os governos, entidades e organizações a buscarem soluções visando a Promoção da Saúde como uma das prioridades universais numa nova ordem econômica mundial, com especial atenção às desigualdades sociais e aos países em desenvolvimento (CAMPOS *et al.*, 2006; MENDES, 2004, OMS, 1978; OMS, 2009).

Esses diversos eventos, apesar de independentes, começam a reduzir o monopólio da ação médica procedimental e do também crescente movimento da medicina baseada em evidências. A Promoção da Saúde começa a se consolidar como um movimento teórico, posteriormente institucionalizado pela Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em 1986. A Carta resultante dessa conferência é considerada o marco referencial da Promoção da Saúde na sua visão moderna ou crítica ao considerar o sujeito comunitário, dotado de sentimentos e mecanismos de protagonismo, e envolvido em um processo coletivo complexo de determinantes sociais para os quais se deveria olhar ao se considerar os processos de saúde e doença (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; GORIN *et al.*, 2006).

A Carta de Ottawa apresenta um conceito complexo e composto de Promoção da Saúde que destaca oito condições fundamentais para que a saúde ocorra: paz, abrigo, educação, alimento, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade; e salienta a responsabilidade de outros setores, para além do setor saúde, com o bem-estar global (OMS, 1986). A Carta de Ottawa também apresenta cinco ações (reforçar ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais, criar ambientes favoráveis, reorientar serviços de saúde e construir políticas públicas saudáveis) e três estratégias (empoderar, mediar e advogar em favor da saúde) de modo a delimitar a Promoção da Saúde como um conceito prático, real e vivo (Figura 1).

Figura 1- Imagem representativa da Promoção da Saúde na Carta de Ottawa com as cinco ações e as três estratégias fundamentais em Promoção da Saúde.



Fonte: OMS, 1986.

Em sequência, diversas conferências foram realizadas e documentos produzidos periodicamente, cada um com suas especificidades, mas todos seguindo a perspectiva participativa e de empoderamento social da Promoção da Saúde (OMS, 2009). Podemos citar: as Recomendações de Adelaide à Saúde Pública (1988); o Discurso de Sundsvall por ambientes de suporte à Saúde (1991); a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Bogotá (1992); a Primeira Conferência de Promoção da Saúde no Caribe, em Port of Spain (1993); a Declaração de Jakarta (1997); a Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde na Suíça (1998); o discurso ministerial do México pela Promoção da Saúde (2000); a III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde em São Paulo (2002); a carta de Bangkok pela Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado (2005); a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento, em Buenos Aires (2007); e, recentemente, a Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em Curitiba (2016).

De todos estes eventos, cabe destacar a de Jakarta, onde se deu a reformulação da Carta de Ottawa, de modo que os princípios de promoção da Saúde se alteraram suavemente e as ações começam a ser interpretadas como prioridades, a saber: promover responsabilidade

social, aumentar investimentos para a saúde em todos os setores, consolidar e expandir parcerias, aumentar a capacidade comunitária e incentivar o empoderamento individual, além de assegurar infraestrutura adequada para a Promoção da Saúde (OMS, 1997).

Em adição, a chegada dos anos 2000 representou um marco para reflexões e reajuste de metas uma vez que um dos documentos inaugurais do movimento tratavam justamente do tema “Saúde para todos nos anos 2000”. Como a meta proposta no título do documento não havia sido alcançada era necessário operacionalizar ações e políticas públicas capazes de ampliar a efetividade das iniciativas de Promoção da Saúde (OMS, 1986; MATTA, 2005). Nesse sentido, as conferências realizadas a partir de então passam a reafirmar a responsabilidade dos governos em alcançar níveis adequados de saúde da população, mas também reforçam a necessidade de participação ativa da população, ajudando a firmar as estratégias de Promoção da Saúde (OMS, 2009; CAMPOS *et al.*, 2006).

Uma grande questão observada ao longo do tempo é que os avanços conceituais, que remetem a princípios e premissas, não estavam sendo acompanhados no mesmo ritmo por avanços metodológicos que remetem ao campo prático, havendo o entendimento de que a perspectiva prática carrega uma complexidade e uma especificidade ampliada (ARROYO; CERQUEIRA, 1998).

Colocando em outras palavras, as práticas promotoras de saúde ou carecem de realidade em suas reflexões ou carecem de reflexão quando existentes na realidade. Muitas vezes, a teoria se distancia da realidade muito facilmente. Em um exemplo, pode-se citar o modelo holístico de visão da saúde a embasar uma ação promotora de saúde. Teoricamente esse modelo delegaria à ação de promoção uma abordagem capaz de abarcar demandas advindas da totalidade de indivíduos e dos indivíduos em sua totalidade. Na prática, porém, quanto mais se “abre o leque” para que se abarquem questões complexas, maior a dificuldade de manter a realidade das proposições iniciais de uma ação. Tudo acaba ficando muito bonito no papel, mas muito desconexo na realidade (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Nessa perspectiva, conceituar Promoção da Saúde significa construir uma “imagem” adequada do que é esse movimento, processo ou estratégia, diferenciando o que é idealizado conceitualmente e o que é real em sua prática; representando um desafio a ser superado (OMS, 2015; CAMPOS *et al.*, 2006).

Para que se exemplifique, numa abordagem extremamente simplista e objetiva, promover saúde significa mudar as condições e estilos de vida de modo a permitir maiores níveis de saúde (FERTMAN; ALLENSWORTH, 2010). Em contrapartida, porém, é possível dizer que promover saúde invoca a visão holística da totalidade (e não da especificidade), a da equidade, a da sustentabilidade, e das mudanças culturais (GORIN *et al.*, 2006; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010). Em adição, a promoção é uma estratégia de empoderamento ao buscar ampliar competências que possibilitem ao indivíduo, às organizações e às comunidades a conquista de melhores níveis de saúde (OMS, 1997; OMS, 2007; BRASIL, 2014; WALLERSTEIN, 2006; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

2.1.1 A Promoção da Saúde na América Latina e no Brasil

Ao apresentar o histórico do movimento de Promoção da Saúde no mundo é relevante destacar o papel e as especificidades da América Latina e do Brasil nesse processo; em especial relacionados ao surgimento do campo científico da Saúde Coletiva e dos processos de redemocratização no decorrer da década de 1980 (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A superação dos regimes autoritários e a transição democrática vividas nas américas incluiu sentimentos de unidade e ideias revolucionárias que contribuíram para uma politização da população, principalmente dos ativistas dos movimentos, em relação a um olhar voltado para a equidade e a liberdade, onde o povo passou a ser visto como titular de necessidades, deveres e direitos (BORON, 2007). Em diversas esferas, o clamor por direitos sociais se tornou latente, particularmente na esfera da saúde.

No Brasil, a resistência ao regime militar e a luta pela realização de eleições diretas foram acompanhadas por amplos debates sobre a Reforma Sanitária, trazendo um olhar mais social, humano, holístico e crítico voltado para a saúde na perspectiva pública (MYERS; DIETZ, 2002; BORON, 2007). Um marco desse processo foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (CAMPOS *et al.*, 2006). As reflexões do período marcaram também o fortalecimento da Saúde Coletiva como campo científico no Brasil ao questionar o modelo preventivista vigente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Diversas organizações e instituições participaram e se fortaleceram no decorrer desses processos, tais como: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação

Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a Rede de Projetos Integrados Ensino, Serviço, Comunidade (Rede UNIDA), a Associação Brasileira de Economia de Saúde (ABRES), a Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), dentre outras (SANTOS, 2007).

O fim do regime militar em 1985 culmina com a elaboração de nova Constituição Federal em 1988 que contempla a saúde como direito social (OLIVEIRA, 2011; PRAÇA e NORONHA, 2012). Essa vitória apresentou ainda como desdobramento a criação, dois anos depois, de um sistema público de saúde em esfera nacional, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990; CAMPOS *et al.*, 2006). A lei 8080 de 1990 apresentou princípios e diretrizes organizacionais do SUS de modo a estabelecer uma estrutura descentralizada de oferta de atenção à saúde ao povo brasileiro, garantindo, principalmente, universalidade, integralidade e equidade no atendimento. No mesmo ano a lei 8142 dispôs sobre a participação social na gestão do SUS (MATTOS, 2009).

A criação do SUS foi, sem dúvidas, um projeto ambicioso que representou uma mudança no rumo da saúde pública brasileira, se tornando referência em todo o mundo. Sua implantação ocorreu de forma paulatina a partir de mecanismos que destacam especificidades locais a partir de comissões bipartites e tripartites, em que participam Estados, Municípios e União. (MENICUCCI, 2009; SANTOS, 2007). Em adição, a participação democrática da comunidade é garantida por meio das Conferências de Saúde, espaço destinado ao amplo debate relacionado aos rumos tomados pela Saúde Pública brasileira (SANTOS, 2007).

No entanto, a implementação do SUS encontra, até os dias de hoje, inúmeros desafios, não apenas técnicos, mas também ideológicos (MENICUCCI, 2009; SANTOS, 2007). As questões se balizam nos princípios e diretrizes constitucionais, de um lado, e em interesses comandados pela área econômica de outro. O fortalecimento do modelo neoliberal e de defensores do estado mínimo ampliam a pressão em favor da privatização da saúde colocando em risco a saúde como direito, e a gratuidade, a universalidade, a integralidade e a equidade da assistência social (SANTOS, 2007).

A luta das últimas três décadas pós redemocratização para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros passa ainda por inúmeras políticas, programas e ações governamentais em diversos setores. Muito embora por vezes não haja a palavra “Promoção da Saúde” em seus nomes ou escopos, e/ou não sejam protagonizados pelo setor Saúde, podemos

classificá-los como promotores de saúde a partir dos princípios e diretrizes presentes na Carta de Ottawa (OMS, 1986).

Como exemplos de políticas públicas podemos citar a Política Nacional de Humanização em Saúde (BRASIL, 2004), o Plano Nacional de Educação em direitos humanos (BRASIL, 2007), a Política Nacional de Práticas Integrativas em Saúde (BRASIL, 2006), a Política Nacional de Meio Ambiente (BRASIL, 1981) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1992).

De forma específica, é relevante destacar a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006 e revista em 2014 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014). Elaborada e revista para favorecer as ações em Promoção da Saúde, a política estabelece oito diretrizes, nove eixos operacionais e seis temas transversais, além de apontar as competências em relação às esferas federativas de modo a facilitar o trabalho em todos os níveis e setores sociais em prol da saúde individual e coletiva (BRASIL, 2014). As oito diretrizes são:

1. Estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde;

2. Fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social;

3. Incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e a sociedade civil;

4. Ampliação da governança no desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental;

5. Estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de Promoção da Saúde;

6. Apoio à formação e à educação permanente em Promoção da Saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável;

7. Incorporação das intervenções de Promoção da Saúde no modelo de atenção à Saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais;

8. Organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNaPS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais (BRASIL, 2014).

Já os nove eixos operacionais são: territorialização; articulação e cooperação intra e intersetorial; composição de rede de atenção à Saúde; participação e controle social; gestão; educação e formação; vigilância, monitoramento e avaliação; produção e disseminação de conhecimentos; e comunicação social e mídia (BRASIL, 2014).

Por fim, os seis temas transversais são: determinantes sociais da saúde; equidade e respeito à diversidade; desenvolvimento sustentável; produção da saúde e cuidado; ambientes e territórios saudáveis; vida no trabalho; e cultura de paz e direitos humanos (BRASIL, 2014).

Saindo das políticas e focando em programas que promovam saúde, alguns exemplos incluem o conjunto de ações que compõe a grande política Brasil Sem Miséria, que atua em conjunto com mais de 30 programas incluindo o Bolsa-família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), o Programa Nacional de Construção de Cisternas, dentre muitos outros (BRASIL, 2010; FRANCA; COSTA, 2013). Além disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidada em 2006, a partir do Programa Saúde da Família instituído em 1994, e fortalecida pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família instituídos em 2008, foi responsável por um aumento de 424% nos atendimentos da Atenção Básica e por uma variação negativa em 16% no número de internações entre 1994 e 2007 (MENICUCCI, 2009; BRASIL, 2008).

Outros programas importantes foram desenvolvidos na esfera da formação profissional, incluindo as universidades. Lançado em 2007, o Programa de Apoio a Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) financiado pelo Ministério da Educação se constituiu como uma mola propulsora do desenvolvimento da estrutura universitária pública brasileira em adição a uma série de iniciativas que visam auxiliar processos organizacionais das Universidades em relação ao aumento da qualidade de apoio às instituições, principalmente as estruturas físicas e humanas. O programa prevê iniciativas voltadas para a redução do custo-aluno, redução da evasão e aumento de vagas em Universidades Federais (LIMA, 2013; MACIEL, 2014; BRASIL, 2012).

O Programa Nacional da Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação Pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) envolvem um conjunto de iniciativas voltadas para a formação profissional em saúde de forma mais atenta à realidade e mais preparada para lidar com situações do cotidiano. A pretensão é tirar o foco de uma formação centrada na doença, em procedimentos e em extremas especializações para um modelo centrado no sujeito e focado na prevenção de doenças e na Promoção da Saúde. A perspectiva é que essas práticas acabam não só por tornar o trabalho do profissional mais eficiente como também o torna mais sensível à realidade dos pacientes atendidos no setor público (HADDAD *et al.*, 2002; FAERSTEIN, 2005).

É importante destacar que cada um desses projetos e políticas apresentam limitações e disputam politicamente, ideologicamente e socialmente espaço com outras propostas ditas promotoras de Saúde numa perspectiva abrangente dos Determinantes Sociais da Saúde ou ainda de propostas centradas na perspectiva comportamental da meritocracia e da responsabilização dos indivíduos (CAMPOS *et al.*, 2006). Nesse sentido, cabe a reflexão sobre como o gradiente social é tratado na perspectiva promotora, de forma que o indivíduo deixe de ser responsabilizado e comece a ser colocado no contexto em que vive, ou seja, ele não escolhe, e sim nasce em uma situação que o condiciona (CAMPOS *et al.*, 2006).

Nos interessa aprofundar o conhecimento sobre a Promoção da Saúde dentro das universidades brasileiras como um projeto de universidade mais justa, aberta e embebida por uma visão humana, holística, equânime e sustentável de mundo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2006; CAMPOS *et al.*, 2006). Nessa perspectiva nos aproximamos dos referenciais teóricos das UPS (TSOUROS *et al.*, 1998).

2.2 As Universidades Promotoras de Saúde

As Universidades são espaços organizados de produção e difusão de conhecimentos pluridisciplinares voltados para o mundo profissional (RASHDALL, 1985). Mas, desde seus primórdios na história antiga ocidental esses espaços de debate nunca foram “diversos”, “universais” ou disponíveis para todos, mantendo sempre um padrão elitista (RASHDALL, 1985) que culmina, na idade média, numa proposta hierárquica de Universidade (SILVA, 2006).

A partir da revolução industrial que se inicia no século XVIII e todas as transformações decorrentes até o século XX, as Universidades ampliam seu escopo original de desenvolvimento dos saberes para duas vertentes que podem ser antagônicas: a formação profissional e a reflexão crítica (RASHDALL, 1985; SILVA, 2006). O espaço universitário passa então a se relacionar não só com a produção e difusão do conhecimento específico e sistematizado, como passa a ser polo de ação social e, principalmente, local de mudança social a partir da formação profissional (SEVERINO, 2002).

Com os adventos da globalização, a Universidade contemporânea deve ser um terreno legítimo para o desenvolvimento de interações e aprendizados diversos, da visão crítica e de mudanças sociais, representando um espaço “catalisador” de tudo que é tido como um sistema humano passível de aprendizado, transmissão e avaliação (SEVERINO, 2002).

O movimento das UPS nasce a partir dessa concepção transformadora da universidade somada à iniciativas como a da *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD) que, em 1977 criou o programa “Universidades pela Saúde” visando conferir às Universidades a responsabilidade pela saúde da população adjacente à suas regiões (GRÄSER, HESSE; HERTMANN 2010); e da abordagem de Promoção da Saúde baseada em configurações ou ambientes (originalmente chamado de *setting based approach*), que visa enfatizar características locais na ação promotora de saúde e que deu origem ao movimento das cidades saudáveis (OMS, 1997; DOORIS, 2013).

A abordagem de Promoção da Saúde baseada em configurações expressa nas cidades promotoras de saúde foi instituída na década de oitenta visando estabelecer parâmetros em relação à gestão coletiva e organizacional da Promoção da Saúde nas situações reais das cidades, significando um avanço na gestão local focada nos problemas locais (OMS, 1997).

Rapidamente se percebeu que essa abordagem continha níveis de complexidade crescente e eram necessárias divisões específicas para outros ambientes, dando origem às iniciativas de prisões, escolas e universidades saudáveis (TSOUROS, 1998).

A abordagem baseada em ambientes na universidade traz um enfoque de previsibilidade e planejamento, de forma a constituir padrões e configurações específicos para que seja possível gerenciar a Promoção da Saúde de forma mais explícita, palpável e eficiente, com possibilidades de replicação em variadas IES (DOORIS, 2001; TSOUROS, 1998). E adota o referencial moderno de Promoção da Saúde como um modelo teórico-conceitual e uma estratégia procedimental que subsidia políticas e práticas em saúde pública em todo o mundo considerando os determinantes sociais da saúde e a participação dos sujeitos no processo de decisão e construção das condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades (BARRY *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, o movimento das UPS se mostra de forma mais sistematizada em 1996 na 1ª Conferência Internacional de Universidades Promotoras de Saúde sediado na Universidade de Lancaster (GRASER, 2010). A partir de então, vários esforços foram empreendidos para fortalecer as redes e caracterizar os projetos de UPS. A rede Europeia apresentou a maior parte dos referenciais iniciais do movimento, incluindo o documento *Health Promoting Universities: Concepts and framework for action*, encabeçado por Agis Tsouros (1998).

O movimento então se expande rapidamente e inúmeras universidades em várias partes do mundo adotam seus padrões referenciais e se organizam em redes tais como a chinesa (XIANGYANG *et al.*, 2003), a alemã (STOCK; MILZ; MEIER, 2010), a chilena, a venezuelana e a colombiana (GRASER, 2011). Em 2005, por ocasião da 2ª Conferência Pan-americana de UPS é elaborada a Carta de Edmonton, documento que avança, a partir da obra de Tsouros (1998), na definição de parâmetros de uma UPS (OMS 2006).

A Carta de Edmonton se tornou um marco na definição do papel de uma UPS na sociedade, assim como a obra de Tsouros se tornou uma referência operacional do movimento (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010). A seguir, outros documentos, tais como o *Core Competencies Framework for Health Promotion*, que definem o conjunto de competências necessárias aos profissionais de saúde (BARRY *et al.*, 2008), e outros que se vinculavam a requisitos administrativos (FRAGELLI; SHIMIZU, 2012), ajudaram a formar redes mais

sólidas de UPS e inauguram um novo tempo nas pesquisas em relação à Promoção da Saúde nas Universidades.

Atualmente, a carta de Okanagan, editada no Canadá no ano de 2015 a partir da carta de Edmonton, traz indicadores mais concretos do que seria e de como funcionaria uma UPS (OMS, 2015). Para tal, deve integrar gestão, ensino, pesquisa e extensão em um trabalho conjunto que contemple a Promoção da Saúde dos sujeitos e coletividades a ela relacionados passando, necessariamente, por análises dos currículos e das condições humanas e materiais da Universidade, e do fomento ao empoderamento e à participação social (CUTIVA; MUÑOZ, 2009; ROCHA, 2008; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Com indicadores e caminhos melhor delineados de como ser uma UPS, a responsabilidade ética por parte das Universidades aumenta no sentido adotar a filosofia da Promoção da Saúde em seus princípios e processos e de fomentar espaços (físicos, sociais e ambientais) salutar a seus alunos, funcionários, gestores e comunidade local (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; GOODSTAT *et al.*, 2007).

Como na Universidade as pessoas vivem e desfrutam de momentos especiais em suas vidas e se relacionam com informações ou pessoas de forma dinâmica e transformadora (TSOUROS, 1998), a relação entre os diversos atores sociais no cotidiano deve ocorrer de forma sincronizada e harmoniosa e favorecer o empoderamento, a participação e a gestão da própria saúde (TSOUROS, 1998; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; TSOUROS *et al.*, 2010; DOORIS, 2006, OMS 1998).

A filosofia promotora de saúde deve ser institucionalizada, incorporada ao dia-a-dia organizacional e às redes de relações; e deve favorecer a formação de sujeitos ativos e interessados nas lutas políticas, ambientais e sociais que, muitas vezes precisam enfrentar um “status quo” favorável ao adoecimento (DOORIS, 2006; TSOUROS, 1998). Ao derivar do movimento das Cidades Saudáveis, a UPS deve estar inserida em um meio promotor de saúde assim como deve contribuir para este meio dentro das perspectivas complexas da recursão circular e da organização sistemática (TSOUROS, 1998). Assim, carrega consigo a possibilidade e a responsabilidade de transformação do mundo em direção a um mundo mais saudável o que passa, indubitavelmente, pela promoção da equidade e da paz (ARROYO; CERQUEIRA, 1998; TSOUROS *et al.*, 1998).

Nessa perspectiva, fica claro que uma UPS extrapola iniciativas isoladas de promoção da saúde ou prevenção de doenças. Há toda uma conformação para guiar um projeto de sociedade diferente da realidade contemporânea através da formação de cidadãos responsáveis em escala global; um cidadão atencioso às necessidades sociais locais, regionais, nacionais e internacionais (TSOUROS, 1998). Uma necessidade mais premente quando nos aproximamos da realidade social econômica e política de regiões ou países em desenvolvimento como a América Latina.

2.2.1 Universidades Promotoras de Saúde na América Latina

Quando se fala de UPS na América Latina é possível citar duas redes mais estabelecidas: a Chilena e a Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS), embora existam outras, tais como a Venezuelana e a Colombiana (ARROYO; CERQUEIRA, 1998). A rede Chilena engloba dezenas de instituições vinculadas a um mesmo projeto, o que constitui um trabalho essencialmente em rede, fiel aos princípios da Promoção da Saúde. Ressalte-se aqui, a Pontifícia Universidade Católica de Chile, que aparece em grande quantidade de artigos e documentos ajudando a consolidar a imagem da rede fora do país (ARROYO; CERQUEIRA, 1998).

A RIUPS é vinculada à OMS, abrange os países da América Latina além de incluir também Portugal e Espanha, e se constitui em um dos movimentos de UPS mais organizados no mundo (ARROYO; CERQUEIRA, 1998). A rede atualmente conta com Universidades integrantes das redes nacionais dos países Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Espanha, México, Porto Rico e Peru.

Desde 2009, algumas universidades brasileiras também integram a RIUPS, abraçando uma tendência crescente de promover saúde com base na abordagem baseada em ambientes. (OPAS, 2003; OMS, 1998). Alguns anos mais tarde, em agosto de 2016, a própria Universidade de Brasília (UnB), através da Faculdade de Ciências de Saúde, se vincula à rede, com a iniciativa FS Promotora de Saúde, que comunica a vontade de transformar o ambiente da Faculdade de Ciências da Saúde em um espaço verdadeiramente promotor de saúde, tanto física quanto socialmente..

Mesmo assim, ainda que hajam iniciativas como esta, apesar da potência do movimento na região latino-americana, os avanços não se refletem na mesma medida nas publicações científicas sobre o tema em sua esfera prática. Existe quantidade considerável de publicações sobre referenciais teóricos em UPS e há grande quantidade de estudos sobre prevenção de doenças, incluindo estilos de vida saudáveis, em universidades e/ou universitários. Embora esses aspectos compoñham a Promoção da Saúde, não a resumem (OSMO; SCHRAIBER, 2015; GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011).

Parece haver uma confusão conceitual que, somada à complexidade da execução prática, ao desconhecimento por parte de gestores, professores e pesquisadores, à incompetência operacional, às visões de mundo e de saúde diversas, e/ou à ênfase dada ao lucro e à competitividade no mundo moderno, dificultam que as universidades promovam e estudem a saúde de uma forma orgânica e sistemática (TSOUROS, 1998; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Essas barreiras fazem com que poucos estudos sobre UPS sejam realizados e publicados numa perspectiva ampla e complexa, se referindo ao uso de um modelo avaliativo que contemple modelos operacionais e/ou de padronização em Promoção da Saúde (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; ARROYO; CERQUEIRA, 1998).

2.2.2 A UnB como parte da Rede Ibero-americana de UPS

Com o intuito de discutir aspectos referentes à UnB e a Faculdade de Ciências da Saúde promotora de saúde como parte da Rede Ibero-americana de UPS, foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema para termos mais elementos de discussão. Buscamos contemplar experiências existentes em universidades da América Latina, em virtude da proximidade de contextos existentes nessa região. Em adição, empreendemos uma análise crítica a respeito das ações contempladas nas publicações encontradas utilizando como base as quatro Áreas do *Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud* (REDUPS, 2013), mesmo instrumento utilizado no presente estudo.

As palavras-chave utilizadas para as buscas foram: Universidade Promotora de Saúde, Promoção da Saúde, Universidade e Universidade Saudável; com seus respectivos plurais; em português e espanhol. As bases de dados pesquisadas foram “*Google Scholar*”, “*Cochrane Library*” e *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

Foram selecionadas nove publicações para análise, três eram do Brasil, dois de Cuba, três da Colômbia e um da Costa Rica. Ao classificar as ações dos estudos nas quatro áreas propostas de promoção da saúde (Quadro 9), identificamos que apenas dois contemplaram todas as áreas (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010), demonstrando uma aplicação prática do princípio de integralidade e da intersetorialidade das ações. Estes estudos são descritivos dos processos da constituição de UPS nas Universidades de Costa Rica (BARBOZA, 2010) e na Universidade Javeriana, Colômbia (GRANADOS *et al.*, 2009). Os outros estudos não tratavam de ações amplas promotoras de saúde, mas iniciativas pontuais.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter sido publicado a partir de 2003, ano da primeira conferência internacional sobre UPS; abordar o tema da Promoção da Saúde de forma ampliada e crítica, descartando artigos com enfoques meramente comportamentais; ser estudo original que apresentasse programas ou ações de promoção da saúde, estudos teóricos não foram incluídos; ter sido realizado dentro do contexto universitário, seja como elemento de formação para os alunos ou como elemento constituinte da promoção da saúde da comunidade ao vinculada a instituição; e ter sido realizado no contexto da América Latina.

Quadro 1 - Análise das áreas contempladas nas ações realizadas ou descritas nos estudos, com base na classificação proposta pela REDUPS (2013).

Autor, ano	Gestão institucional	Comunicação e Participação social	Ambientes saudáveis	Estilos de vida
Barboza, 2010	X	X	X	X
Granados <i>et al.</i> , 2009	X	X	X	X
Rodríguez, 2003	X	X		X
Castro, 2014	X	X	X	X
Mainegra, 2012		X		X
Brêtas e Pereira, 2007		X		
Cabrera <i>et al.</i> , 2013		X		X
Firmino <i>et al.</i> , 2010		X		X
Silva <i>et al.</i> , 2015		X		

REDUPS, Red Nacional de Universidades Promotoras de Salud.

Podemos dizer que dois estudos se caracterizaram como relatos de experiências ocorridas anteriormente dentro de grandes projetos de longa duração (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010). Três analisaram componentes de gestão (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010; CASTRO, 2014). Quatro trataram de questões específicas, ou seja, apesar de ter a necessidade de visão holística advinda da promoção da saúde, abordavam temas específicos em suas ações (RODRÍGUEZ, 2003; BRETAS, 2007; MAINEGRA, 2012; CABRERA *et al.*, 2013).

Quanto à população participante, quatro estudos trabalharam com a população universitária geral (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010), três deram destaque aos estudantes (RODRÍGUEZ, 2003; BRETAS, 2007; CABRERA *et al.*, 2003) e dois focaram em população externa (FIRMINO *et al.*, 2010; SILVA, 2015). Já dentro do tripé universitário, apenas um relatou ações exclusivamente de ensino (CABRERA *et al.*, 2003); dois vincularam-se exclusivamente à extensão (BRETAS, 2007; FIRMINO *et al.*, 2010), um se vinculou a pesquisa (CASTRO, 2014), um aliou ensino e extensão (MAINEGRA, 2012) e dois aliaram ensino, pesquisa e extensão (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010).

Quanto aos cursos a que pertencem os autores dos estudos, podemos destacar medicina, saúde pública, enfermagem, fisioterapia, nutrição e odontologia. E, embora não haja consenso, todos os estudos descreveram algumas configurações ou padrões utilizados como referência ou produzidos durante a pesquisa para a sistematização e organização no desenvolvimento de ações promotoras de saúde. A partir do nosso processo de sistematização a partir das quatro Áreas de Promoção da Saúde na Universidade, podemos destacar:

Quatro estudos destacaram ações relacionadas à gestão institucional, dois deles sendo os estudos mais holísticos e mais duradouros (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010) e, entre os outros dois, um tratando da saúde de servidores na Universidade Nacional de Colômbia (CASTRO, 2014) e outro tratando de atividade física entre alunos (RODRÍGUEZ, 2003) e os mesmos também foram os únicos classificados a área de ambientes saudáveis. Isso cria reflexões à medida em que programas de promoção de saúde deveriam ter a esfera de gestão como item central. Deveria haver uma institucionalização da promoção da saúde, pensando-se em projetos complexos e duradouros, incluindo uma noção sistêmica e processual padronizada.

Todos os estudos mostraram ações educativas em saúde, encaixando-se dentro de comunicação, mas somente três mostraram a ênfase efetiva em participação social (GRANADOS *et al.*, 2009; BARBOZA, 2010; CASTRO, 2014). Trata-se aqui, porém, de dois processos distintos, quais sejam a comunicação, entendida como o processo pelo qual os humanos conseguem obter um entendimento mútuo por meio de transmissão de informações (PINTO, 1995; HAWES, 2000); já participação social significa dar oportunidade para que grupos participem de decisões e se sintam sujeitos empoderados e ativos na sociedade (BERKMAN, 1995; ASSIS, ASSIS, KANTORSKI e TAVARES, 1995), constituindo-se, a partir daí, como cidadão (PAIM, 2010; BACELLAR; ROCHA; FLOR, 2012).

No entanto, embora a educação seja um componente fundamental da promoção da saúde, não a encerra. Educação pode ser entendida como a possibilidade de inserir o ser humano no meio social, integrando-o a uma vivência significada (SAVIANI, 2004), o que pode significar, numa visão sintética, o compartilhamento de conhecimentos (FREIRE, 1996). Nessa direção, deve-se questionar se os pesquisadores da área estão compreendendo a educação em saúde como sinônimo de promoção da saúde ou como uma de suas estratégias, caso o contrário, tratar a promoção de saúde como educação em saúde acaba sendo mais comum do que se imagina (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004; TESSER, 2009).

Quanto a ambientes saudáveis, o fato da coincidência dos três estudos também encaixados na área de gestão deixa algumas ponderações. Apesar da indicação de que a gestão envolve processos interssetoriais e de ações multi-estratégicas no nível central, é possível afirmar que a constituição de ambientes saudáveis ainda esteja na esfera do planejamento, daí a coincidência, o que indica um longo caminho a ser percorrido na concretização das ações que focam em mudança de espaços para que essas possam ser orgânicas, contínuas e sustentáveis (OLIVEIRA, 2003).

Por fim, quatro estudos foram classificados dentro da **Área de Estilos de Vida** por apresentarem ações focadas em comportamentos dos indivíduos, além do estudo de Rodríguez, referente a atividade física, de 2003, também se encaixaram nesta área os estudos de MAINEGRA, 2012, sobre um festival recreativo na Universidade de Havana, de BRETAS, 2007, sobre educação sexual feita com adolescentes por meio de projeto da Universidade Federal de São Paulo, e de CABRERA *et al.*, 2003, também sobre educação sexual mas com os próprios alunos universitários, também na universidade de Havana.

Nesse sentido, é importante que a **Área de Estilos de Vida** esteja conjugada a ao menos outra área para que se considere uma ação em promoção da saúde, ou seja, as escolhas dos indivíduos devem compor e ser compostas por um sistema (FERNANDES *et al.*, 2012). Para que não se desvirtue a promoção da saúde para sua perspectiva comportamental (LALONDE, 1974) já superada desde 1986 pelos escritos da Carta de Ottawa (OMS, 1986). O estilo de vida aqui não se trata de adequação do corpo ao meio através da prática (SETTON, 2002) e sim como *habitus*, que abrange a estrutura incorporada por agentes sociais ao pensarem, sentirem e agirem (Bourdieu, 1988). Este não é resultante de escolhas individuais desinteressadas, mas refletem o conjunto de aspectos adequados à vida de cada indivíduo e que são desenvolvidas dentro de suas condições sociais e influências do meio (PETERS, 2013).

No entanto, de modo geral, os estudos acabaram mostrando uma tendência ao preventivismo, com centralidade das ações de comunicação ou educação em saúde como sinônimos de promoção da saúde; uma confusão conceitual já reportada em outros trabalhos (BUSS, 2017; FREITAS; MANDU, 2010). Tal aspecto aponta que, mesmo nas universidades, ainda há incapacidade de operacionalização prática da promoção da saúde devido à sua complexidade e abrangência (SANTOS, 2011; DOORIS; DOHERTY, 2006; DOORIS, 2013), afinal de contas, a promoção da saúde envolve a própria cultura (VIANA, FAUSTO; LIMA,

2013), a economia (CONTINI, 2000), a política (THOROGOOD; COOMBES, 2000), e o ambiente (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Com base nessa revisão podemos concluir que pouco se tem publicado na América Latina sobre iniciativas promotoras da saúde na perspectiva universitária. Além disso, constata-se que, apesar do olhar ampliado para a questão nos referenciais teóricos, a operacionalização prática dos componentes acaba restringindo a ação à uma conduta preventivista e focada apenas em educação em saúde. Tais aspectos não foram avaliados no presente estudo. Em adição, podemos perceber que a maioria das Universidades se dedica à promoção de aspectos de comunicação e estilos de vida, mas deixam a desejar nas ações em áreas de gestão, participação e ambientes saudáveis. Nessa direção, devemos apontar o bom desempenho da UnB nos processos de gestão institucional, principalmente relacionados aos aspectos curriculares. Nas outras áreas, devemos destacar o excelente trabalho que a Faculdade de Ciências da Saúde vem realizando, permitindo que seus alunos a identifiquem como uma Faculdade que efetivamente vem promovendo mais saúde dentro da UnB.

2.3. Avaliação em Promoção da Saúde

Para tratar deste tema, é essencial que se aborde o que seria uma avaliação. Longe de propor um consenso sobre o termo, deseja-se apenas apresentar o tema para evidenciar que o uso de um termo complexo como este merece, no mínimo, uma definição inicial, ainda que não consensual. Avaliação pode ser entendida como provisão de um conjunto de informações destinadas a serem subsídio para uma tomada de decisão, com base no valor, efetividade ou adequação de qualquer ação (HARRIS, 1968; STUFFLEBEAM, 1968).

É necessário frisar que avaliar e pesquisar são termos que se misturam. A questão é que a avaliação geralmente já implica em uso dos resultados para determinado fim., mas isto não quer dizer que a pesquisa também não gera uso dos resultados. Somente a vinculação pode não estar expressa desde o início. Nesse sentido, a avaliação deve estar imersa em um projeto complexo de planejamento e implementação e faz sentido quando realizada como parte integrante de um projeto, ao menos quando se fala em gestão de contingências coletivas, sejam estas educacionais, sanitárias ou quaisquer outras categorias (OMS, 2001).

É importante salientar que, quando se fala em avaliação em Promoção da Saúde, deve-se levar em conta seus princípios éticos e operacionais tais como: ações multi-estratégicas;

interssetorialidade; holismo; sustentabilidade; participação social; equidade; e empoderamento (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2006). Em adição, deve-se considerar as áreas diversas áreas de atuação possíveis: serviços de saúde; economia; educação; ciência; família; e política (OMS, 2005).

A resposta para como realizar uma avaliação em Promoção da Saúde dependerá da razão pela qual se pretende realizar uma avaliação e da estrutura que existe para tanto (OMS, 2001; AKERMAN, 2002). As avaliações podem focar em políticas públicas, abrangendo eficiência, parâmetros organizacionais, atendimentos em serviços de saúde, entre outros; podem focar também em impactos, alterações imediatas, podendo ser estes: mudanças em serviços de saúde, mudanças sociais, econômicas ou ambientais; e podem focar em capital social, sendo estas mudanças relacionadas, principalmente, à confiança, envolvimento civil, engajamento social e reciprocidade (OMS, 2001).

É necessário ressaltar que, além destas três formas de avaliação existem outras e que em cada forma existem diversos itens a serem avaliados e inúmeras metodologias. Além disso deve-se ter maturidade acadêmica para perceber que a divisão colocada acima é puramente didática. A avaliação de capital social pode implicar, também, em uma avaliação de impacto ou de política, assim como os respectivos reflexos também se tornam verdade (OMS, 2001).

No caso da abordagem baseada em ambientes ou configurações, os elementos-chave para que se potencializem ações promotoras de saúde são: ambiente de vida e trabalho saudáveis; integração da Promoção da Saúde nas atividades diárias e alcance da comunidade, o que não deixa de fora a UPS e gera, para esta, uma certa padronização e um certo ponto inicial para iniciativas promotoras de saúde vinculadas à sua essência que facilitam a avaliação (DOORIS, 2006).

Antes que se avance na reflexão sobre os processos avaliativos em UPS, é importante destacar que essas configurações não servem para “engessar” uma instituição e sim, pelo contrário, servem para adicionar articulações e movimentos às mesmas, para que se amplie a possibilidade da realização de algumas ações. Assim, os parâmetros citados não servem como componentes de julgamento para afirmar se uma instituição é promotora de saúde ou não, mas são indicadores que podem vir a potencializar ações promotoras de saúde (DOORIS, 2006; TSOUROS *et al.*, 2010).

2.3.1. Modelos de análises de Universidades Promotoras de Saúde

Uma revisão de literatura (NEWTON, DOORIS; WILLS, 2014) pesquisou artigos publicados entre 2010 e 2013 para entender quais modelos estavam sendo utilizados para analisar UPS dentro de sistemas complexos em todo o mundo, levando em conta desde a imagem institucional até a saúde de indivíduos. A partir de 26 estudos foi possível identificar o uso de sete modelos teóricos, a saber: a Carta de Ottawa; a abordagem sócio-ecológica com ênfase em estruturas sociais; a salutogênese; o pensamento sistêmico; a mudança total do sistema; o desenvolvimento organizacional; e o modelo estrutural de Dooris (2010).

A abordagem sócio-ecológica advém de uma maneira de olhar para a complexidade do fenômeno Saúde dentro da interação da sociedade e o ambiente global. A abordagem social foca mais na estrutura social que no ambiente. A salutogênese se relaciona aos fatores que, em determinada conformação, podem gerar saúde ou não. O pensamento sistêmico, assim como a mudança total de sistemas, zela pela questão de que a alteração de apenas um ou outro parâmetro de gestão ou ação pode não gerar a mudança que a alteração de todo um sistema geraria. O desenvolvimento organizacional aposta no modelo organizacional como forma de empoderar o indivíduo. O modelo conceitual de Dooris se constitui na junção das abordagens sócio-ecológica, a perspectiva de sistemas e o foco no sistema total (NEWTON, DOORIS; WILLS, 2014).

Em adição a esta revisão, podemos destacar dois documentos basilares que visam definir os elementos e padrões de uma UPS, são eles: o *Health Promoting Universities: Concept, experience and frameworks for action* (TSOUROS, 1998) e o *Healthy Universities: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England* (TSOUROS *et al.*, 2010).

A obra de Tsouros (1998) apresenta onze princípios na abordagem de Promoção da Saúde baseada em configurações, quais sejam: empoderamento; cooperação; consenso e mediação; advocacia; compreensão do sistema social; foco em pessoas; equidade e justiça social; foco em diferentes populações, políticas e ambientes; compreensão das configurações como parte de um sistema ecológico interdependente; e ações sustentáveis integrativas.

Em contrapartida, um outro material produzido pela Rede Chilena de UPS em 2013, chamado *Guía para la autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de la salud*, se constitui como um ótimo material de referência para a realidade da América Latina e pode ser utilizado já na forma de um instrumento (questionário) pronto. O guia apresenta áreas e componentes (**Quadro 2**) que compreendem diversos indicadores que serão pontuados com o cumprimento total, parcial ou não cumprimento, através de respostas diretas (sim, em parte ou não), para avaliar uma UPS. Em sua versão original o instrumento visa auxiliar na autoavaliação de instituições que estejam promovendo saúde, tendo sido desenvolvido para ser aplicado com os gestores institucionais (REDUPS, 2013).

Quadro 2- Áreas e componentes avaliativos de uma Universidade Promotora de Saúde.

Área	Componentes
I. Gestão institucional	<ul style="list-style-type: none">– Políticas institucionais– Indicadores de gestão– Qualidade de vida estudantil– Qualidade de vida laboral– Aspectos curriculares e formação acadêmica– Vínculo com o meio
II. Comunicação e participação social	<ul style="list-style-type: none">– Comunicação– Participação
III. Ambientes saudáveis	<ul style="list-style-type: none">– Infraestrutura e espaços estudantis– Infraestrutura e espaços laborais– Segurança– Manejo de resíduos– Ambientes inclusivos: necessidades especiais
IV. Estilos de vida saudáveis	<ul style="list-style-type: none">– Fatores protetores psicossociais– Saúde sexual e reprodutiva– Alimentação– Atividade Física– Fatores protetores e prevenção do consumo de drogas

Fonte: REDUPS, 2013.

Em virtude da proximidade com o contexto da América Latina e do fato de se constituir num instrumento pronto e direto para avaliar instituições de ensino superior que almejem ser promotoras de saúde, optamos por utilizar o Guia produzido pela rede Chilena (REDUPS, 2013). O material foi adaptado para se adequar à realidade local da UnB e às condições de pesquisa com estudantes. Dentro das quatro áreas e 18 componentes, utilizamos sessenta indicadores na forma de questões diretas (ANEXO I).

No presente trabalho reconhece-se as limitações de se adotar uma única referência frente a tantas outras possibilidades de configurações. E também da noção de que uma análise ética deve partir da inter-relação concreta e não previsível entre todos estes fatores, o que significa ter em mente a noção de complexidade. De que tudo o que for apreendido por qualquer método

de análise nunca refletirá o total da realidade (MORIN, 2011). Isso significa também compreender que todas estas relações ocorrem de forma dinâmica e podem mudar em relação ao tempo, ao lugar, e de onde (quem) se fala (BERTALANFY, 1977; MORIN, 2011).

2.3.2. Os sujeitos dos processos de avaliação e análise

A avaliação é um instrumento e um constructo nas mãos de sujeitos protagonistas tanto do processo avaliativo quanto do conteúdo da avaliação. Uma avaliação precisa de avaliadores ou de avaliados, se não de ambos, quando se trata de uma avaliação de resultados, impactos ou qualquer fator que se relacione a sujeitos (ROCHA, 2004).

Nessa perspectiva, os sujeitos envolvidos no processo avaliativo em geral apresentam uma posição específica, bem delimitada. Por exemplo, quem propõe e/ou participa de uma avaliação de políticas, ações ou até mesmo o mapeamento de estruturas organizacionais e sociais são gestores. A partir de seus conhecimentos e de pautas colocadas apenas a seus pares, os dirigentes de alto nível passam a indicar o caminho a ser tomado nessa avaliação. Neste caso, a abordagem pode ser chamada de *Top-Down* (ou de cima para baixo) onde, havendo a interpretação de uma microestrutura social na forma de pirâmide, alguns indivíduos do topo diriam aos que estão embaixo o que fazer (LORDÊLO; DAZZANI, 2009; THOROGOOD e COOMBES, 2010).

Os problemas da abordagem *Top-Down* são claros, incluindo a impossibilidade de se analisar todos os enfoques do problema, principalmente diante de problemas ou estruturas mais complexas. Perde-se a riqueza obtida a partir das diversas percepções (JUDD; FRANKISH; MOULTON, 2001). Outra questão é que pode-se gerar uma tensão entre os que estão no comando de uma ação e os que são afetados pela mesma. Essa condição contribui para a dificuldade na implementação e no redirecionamento das ações. Por fim, a mudança de um comportamento coletivo é muito mais lenta quando não se faz de forma coesa dentro de uma organização (LÔRDELO; DAZZANI, 2009; THOROGOOD; COOMBES, 2010).

Essas reflexões apontam a necessidade de se explorar outras formas de avaliar, idealmente contemplando todos os atores envolvidos e partes afetadas. Ao possibilitar que os

mais diversos públicos tenham voz e participação no processo avaliativo obtém-se uma visão mais clara das questões a serem ressaltadas (KANTORSKY *et al.*, 2009).

Esse processo avaliativo mais moderno, conhecido como avaliação de quarta geração, busca contemplar as reivindicações e questões dos grupos envolvidos e possibilitar o empoderamento dos indivíduos afetados, fazendo com que esses aprendam com o processo. Assim, a avaliação favorece uma maior organicidade no percurso, pensando-se em velocidade de transmissão de informações e alterações de condições pré-existentes (KANTORSKY *et al.*, 2009; GUBA; LINCOLN, 1989).

O tempo de execução de uma dissertação de mestrado dificulta a realização de uma avaliação ampla como essa. Não obstante, buscou-se garantir a representação do maior público da Universidade: os estudantes. Lembrando que o instrumento avaliativo utilizado na presente pesquisa - o *Guia para autoevaluación e reconocimiento de Instituciones de Educación Superior promotoras de la salud* (REDUPS, 2013) – foi desenvolvido para ser respondido por gestores, mas buscamos garantir a participação dos universitários na avaliação das condições e estruturas promotoras (ou não) de saúde na UnB.

Nesse sentido, destacamos o significado de participação, entendendo sua relação com o emprego político da liberdade e com o desenvolvimento de consciência crítica de poder (SILVA, PELLICIONI, 20). Num segundo momento, o que institui a participação de fato é uma tríade constituída por discussão, deliberação e direitos. Dizer isto implica no fato de que, não havendo o cumprimento de algum desses requisitos, a participação se encontra prejudicada (SILVEIRA *et al.*, 2008).

Mais uma vez, embora seja difícil garantir a participação nesse sentido amplo, buscamos dar voz aos estudantes e jovens. Muito embora não sejam a única população presente em ambiente acadêmico, salientamos a presença predominante de jovens nessa população (BOGHOSSIAN; MINAYO, 2009; CANCIAN, 2014). Em adição destacamos dois aspectos relativos a esse período da vida: a fase de transição que caracteriza a juventude e as dificuldades enfrentadas pelos jovens na busca por uma amplificação de sua voz.

Quanto ao primeiro aspecto, mais do que uma fase cronológica, a juventude é uma fase de atividades e condições específicas, relativa a um período de exposição aumentada a agravos

em saúde; e a vivência de um duplo papel, quais sejam: o de motor social e/ou o de desagregador do que é tradicional (MARTINS; DAYRELL, 2013).

Quanto à participação juvenil, deve-se entender que estruturas institucionais tradicionais, políticas exclusivas, condições específicas da faixa etária, e a própria conjuntura social representam desafios a serem transpostos (MARTINS; DAYRELL, 2013; BOGHOSSIAN; MINAYO, 2009). Para o jovem, a participação funciona como um propulsor de uma energia aumentada, mas não tão orientada quanto para atores políticos mais experientes. Jovens tendem a se afastar de estruturas burocráticas e a se engajar em atividades mais rápidas e dinâmicas. É bastante comum ver jovens desinteressados quando se fala em atuação política (CANCIAN, 2014).

No caso de estudantes universitários podemos destacar a emergência social da participação juvenil nas décadas de oitenta a partir das lutas pela redemocratização do país e pelo empoderamento dentro de uma perspectiva crítica que permite enxergar o meio de forma diferente (MARTINS; DAYRELL, 2013; SPOSITO; TARÁBOLA, 2016). Atualmente, a participação juvenil nas Universidades se dá principalmente de duas formas: dentro de organizações coletivas, sejam diretórios, ligas ou comissões; e/ou dentro de padrões de reconhecimento grupal, seja por atividades, estilos de vida ou até aparência física (SPOSITO; TARÁBOLA, 2016).

Considerando os princípios de promoção da saúde como o empoderamento e a participação social, consideramos fundamental que se resgate a participação e o protagonismo juvenil nos processos avaliativos e decisórios, e seu poder de influenciar o meio externo com pressão suficiente para mudar conjunturas e cenários políticos (CANCIAN, 2014; SPOSITO; TARÁBOLA, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar, a partir da percepção dos alunos dos cursos da saúde, as aproximações e lacunas da UnB em relação à Promoção da Saúde na instituição.

3.2. Específicos

- Descrever a percepção dos alunos de sete cursos da saúde, dispostos em três Faculdades, sobre a Promoção da Saúde na UnB, expressa em quatro áreas: gestão institucional; comunicação e participação; ambientes saudáveis; e estilos de vida;
- Investigar fatores relacionados à percepção dos alunos e seus respectivos cursos, faculdades e perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária, período do curso e renda);
- Entender quais os pontos em que há mais aproximação e mais distanciamento por parte da UnB em relação à Promoção de Saúde, na visão dos alunos.

4. METODOLOGIA

Esta parte do trabalho remonta ao recorte das perspectivas metodológicas a serem utilizados na apreensão, descrição e análise dos dados. O presente estudo tem delineamento descritivo, exploratório e quantitativo, de corte transversal. Embora não se trate de um estudo de avaliação, os resultados obtidos podem ser utilizados como subsídio avaliativo e, também, embora não se trate de um estudo qualitativo, as reflexões geradas distanciam-se de conclusões exclusivamente centradas em números. Para atingir os objetivos propostos a pesquisa foi estruturada em três etapas complementares (**Quadro 3**) desenvolvidas de forma não linear. A descrição de cada etapa em separado foi uma opção para facilitar o processo de redação da dissertação.

Quadro 3- Etapas do estudo desenvolvido na Universidade de Brasília.

Etapa	Atividades realizadas	Estratégias de investigação	Objetivos
Exploratória	Aprofundamento no tema.	Revisão da literatura com utilização das técnicas de resenha e fichamento.	Identificar referenciais teóricos e instrumentos que se adequem à pesquisa.
	Imersão no contexto e planejamento da pesquisa.	Visitas aos locais com registros em diário de campo.	Identificar informações relevantes referentes ao contexto e aos participantes da pesquisa.
Trabalho de campo	Aplicação de questionários	Análise estatística	Coletar dados quanto à UnB ser promotora ou não de saúde.
Reflexiva	Discussão do tema	Uso dos referenciais teóricos de Promoção da Saúde	Reflexões a partir dos dados obtidos.

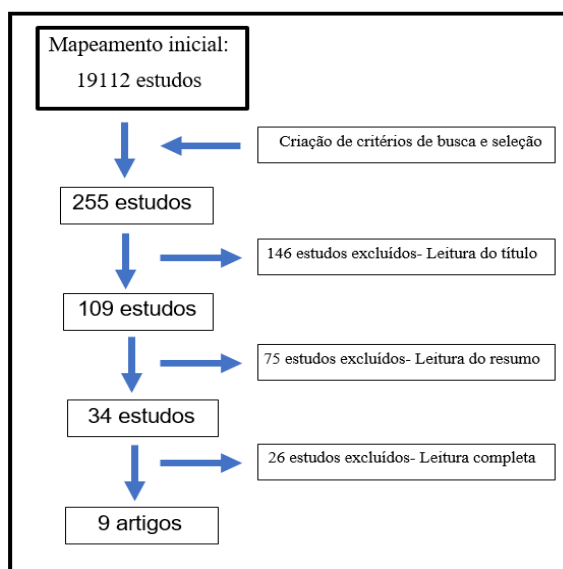
Fonte: *Autor*.

4.1 Aprofundamento no tema

A realização de revisão de literatura relatada no referencial teórico deste trabalho permitiu a aproximação ao tema, proporcionando maior familiarização com o problema e os instrumentos de pesquisa. Dessa forma, a revisão se propôs a mapear o que tem sido pesquisado e publicado sobre programas ou ações de Promoção da Saúde em sua perspectiva ampliada ou crítica. Levando em consideração a relação do tema com o contexto, priorizou-se estudos realizados na América Latina.

O processo de seleção dos estudos se encontra na **figura 2**.

Figura 2-Processo de seleção dos estudos.



Fonte: autor.

Os nove artigos foram analisados em detalhes e seus dados tabulados quanto aos autores, objetivos, métodos, país de execução, público analisado, área de concentração e fontes de informações. Esse material compõe um artigo de revisão que foi submetido à publicação. Como síntese desse processo apresentamos as características dos nove artigos selecionados tabulados dentro do artigo, na íntegra, constante no APÊNDICE D.

4.2 Imersão no Contexto

Ainda na fase exploratória, é essencial que o pesquisador se aproxime do seu objeto de pesquisa (MINAYO, 2014). O pesquisador - aluno da graduação em Nutrição e da pós-graduação em Educação Física, ambos cursos da Saúde na UnB - frequenta rotineiramente o Campus Darcy Ribeiro e convive com outros alunos da grande área da saúde, mas passou a

adotar um olhar crítico quanto à realidade vivenciada, registrando suas impressões e informações obtidas no diário de campo.

Essa etapa de imersão possibilitou a caracterização do cenário de pesquisa; permitiu a realização de levantamentos e esclarecimentos a respeito dos participantes e das variáveis estudadas; simplificou a organização das entrevistas; e favoreceu a busca de informações nas Secretarias dos Cursos.

Além disso, diante do interesse no tema, o pesquisador participou de diversos debates e eventos referentes à promoção da saúde na UnB tais como o I e o II Seminário Internacional Faculdade de Ciências da Saúde promotora de Saúde, realizados em 2014 e 2016, respectivamente; o 2º Fórum de Avaliação da Comissão de Autoavaliação da UnB, ocorrido em 2015; e o Colóquio Internacional sobre Universidade Promotora de Saúde, realizado em maio de 2017. Documentos institucionais, como o projeto político pedagógico atualizado (UnB, 2011), o plano de desenvolvimento institucional 2014-2017 (UnB, 2014) e o catálogo de projetos de extensão continuada (UnB, 2011), também foram consultados visando agregar dados de interesse à pesquisa.

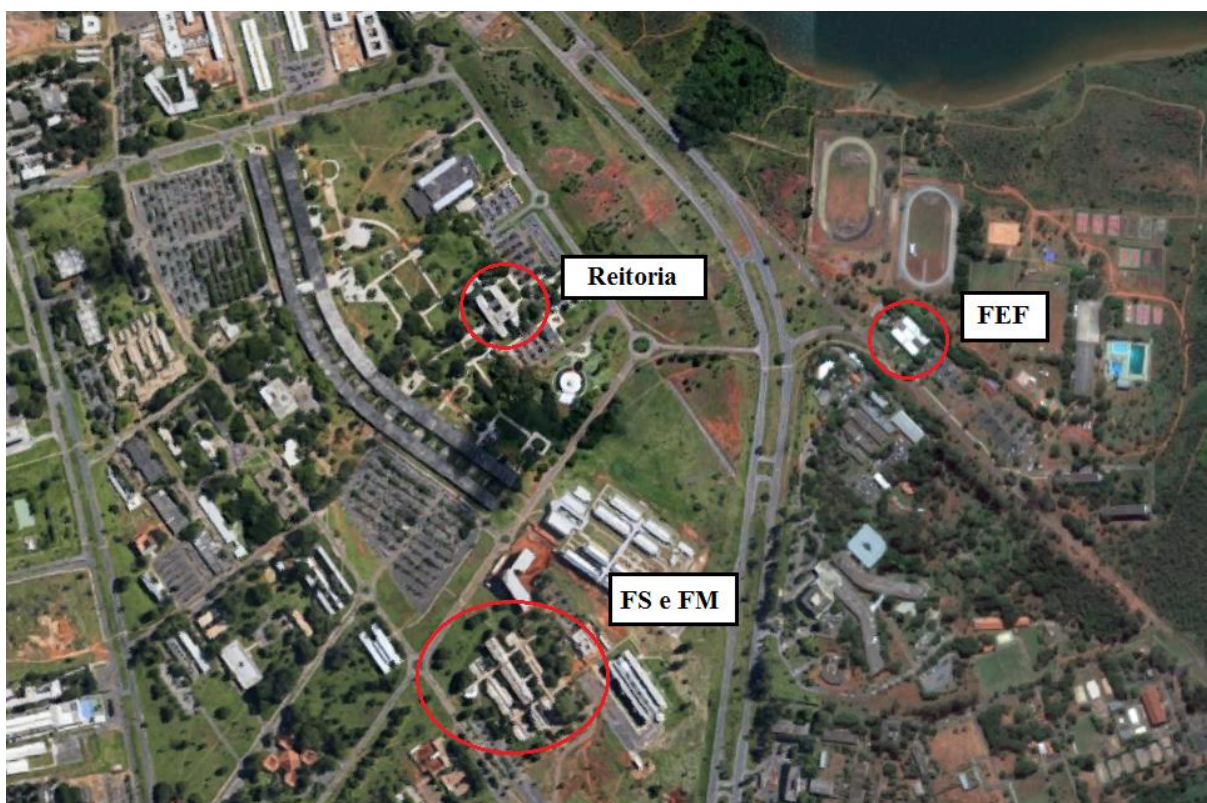
Como resultado desse processo, foi possível realizar uma descrição do cenário de pesquisa, a Universidade de Brasília e, especialmente, as três faculdades do Campus Darcy Ribeiro que contemplam os cursos da área da Saúde, a saber: Faculdade de Ciências da Saúde; Faculdade de Medicina; e Faculdade de Educação Física.

A Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde, iniciativa iniciada em 2014, conta com a colaboração de membros de inúmeras posições organizacionais, desde alunos a gestores, caminhando para tornar a FS um ambiente mais saudável. Dessa forma, tem condições de se perpetuar como um programa que possa vir a influenciar toda a UnB. Seria um projeto alinhado à concepção inovadora de universidade que inspirou Darcy Ribeiro (MIGLIEVICH-RIBEIRO, 2017); e a característica marcante da UnB, que é a de dar voz aos jovens (SILVEIRA *et al.*, 2008), por enxergar que estes possuem um vigor na defesa das ideias, tanto por ter sofrido menos frustrações quanto por terem condições específicas e corpóreas da idade, que se fazem mais do que necessários em qualquer defesa (*advocacy*) da saúde coletiva (SPOSITO; TARÁBOLA, 2006).

É importante registrar, também, algumas características da Faculdade de Educação Física e da Faculdade de Medicina que podem influenciar a percepção dos alunos na presente pesquisa. A Faculdade de Medicina se localiza fisicamente no mesmo prédio que a Faculdade de Ciências da Saúde, o que possibilita aos alunos algumas das vivências em espaços voltados para a promoção de saúde. A gestão desta faculdade, porém, é independente, e o currículo do curso é diferenciado, com grande número de créditos e uma grande exigência em termos profissionais, sendo um dos poucos que ainda não consolidou sua reforma curricular (ROHDEN, 2001).

Já a Faculdade de Educação Física é alocada em um espaço amplo, com bastante área verde e próxima ao Centro Olímpico e as diversas atividades físicas que lá são oferecidas. No entanto, a Faculdade de Educação Física se localiza distante das áreas centrais da Universidade, tendo em muitos aspectos (tais como salas de aulas e espaços de alimentação) que ser “auto-suficiente” em virtude das grandes distâncias (Figura 2), justamente por isso sendo dissociada dos movimentos realizados dentro na perspectiva da FS Promotora de Saúde.

Figura 2 – Disposição geográfica das Faculdades estudadas em torno do centro do Campus Darcy Ribeiro (Reitoria). UnB, 2016.



FEF, Faculdade de Educação Física; FM, Faculdade de Medicina; FS, Faculdade de Ciências da Saúde. Fonte: Google Maps (<https://www.google.com.br/maps/>).

4.3. Planejamento do estudo

A partir do contato cotidiano com as Faculdades de Ciências da Saúde, de Medicina e de Educação Física, foi possível obter o termo de ciência e autorização para a realização da pesquisa por parte dos diretores. Contatos adicionais com os coordenadores dos cursos foram ocorrendo de forma a identificar a viabilidade operacional do processo de coleta de dados.

4.4 Aspectos Éticos

A partir de reuniões com a direção de cada Faculdade foram obtidos os termos de concordância de instituições coparticipantes da pesquisa (APÊNDICES A, B e C). Com esses termos em mãos e o projeto de pesquisa delineado, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, seguindo a Resolução 466 de 2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo parecer Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, CAAE: 48415515700000030, no parecer nº. 1.347.305 de 19 de Setembro de 2016 (ANEXO II).

A participação na pesquisa deve ser livre e esclarecida, formalizada mediante carta convite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE incluso no questionário (ANEXO I), onde constam informações sobre: tema, objetivos e justificativa da pesquisa; participação voluntária, sigilosa, não invasiva e privada; sem custo ou risco físico ou emocional para o participante e a instituição à qual ele está vinculado; possibilidade de desistência a qualquer momento; e que a pesquisa e os procedimentos metodológicos da mesma foram respaldados pelo CEP-UnB.

4.5 População e Amostra

A população do estudo são os alunos dos cursos da grande área da Saúde⁴ que frequentam uma das três Faculdades de Saúde do Campus Darcy Ribeiro. No decorrer do

⁴ A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS nº 287) de oito de outubro de 1998 relaciona como categorias profissionais de saúde, os cursos: enfermagem, farmácia, assistente social, fisioterapia, educação física, medicina, biologia, biomedicina, veterinária, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional.

processo de coleta de dados, dificuldades operacionais somadas ao prazo pouco flexível para finalização do mestrado fizeram com que alguns cursos da saúde não fossem incluídos.

O estudo foi realizado com alunos dos cursos de Educação Física, curso ao qual se vincula o presente estudo, Medicina e cursos da Faculdade de Ciências da Saúde do Campus Darcy Ribeiro, quais sejam: Saúde Coletiva, Odontologia, Nutrição, Enfermagem e Ciências Farmacêuticas. Outros cursos, como Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e terapia ocupacional não foram incluídos.

A seleção da amostra ocorreu por julgamento (SCHIFFMAN; KANUK, 2000) e o desenho se aproximou de uma amostra por clusters. Diante do quantitativo de 3042 alunos matriculados nos sete cursos escolhidos dessas três faculdades, seria muito difícil selecionar a amostra de forma aleatória simples e ter acesso a cada um dos indivíduos sorteados. Por esta razão, selecionou-se disciplinas de diferentes períodos (ingressantes, meio do curso e concluintes) para cada curso. As disciplinas foram escolhidas com base em sua viabilidade, expressa principalmente pela disponibilidade do pesquisador e, principalmente, dos professores das disciplinas.

Mesmo não havendo uma ênfase no número amostral, em função do caráter exploratório do estudo, buscou-se atingir um número de participantes minimamente representativo. Foram visitadas tantas disciplinas quantas necessárias para atingir o número amostral de cada curso, conforme cálculo estatístico amostral para populações finitas (MIOT, 2011) expresso pela fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Compreendendo-se n como o número da amostra, N como a população de cada curso, p a verdadeira probabilidade do evento, e o erro amostral, e Z a distribuição de normalidade (MIOT, 2011). Neste caso, assumiu-se que z seria 5%, p seria um valor máximo de 92% de concordância entre os alunos e o valor de e seria 5%.

A população (N) se refere à quantidade de alunos matriculados em cada curso no segundo semestre de 2016, a partir do sistema universal da UnB, única referência encontrada com estes dados discriminados (UNB, 2015). Aos números amostrais calculados o pesquisador buscou incluir um adicional de 10% de participantes prevendo possíveis perdas (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da população e amostra, separada por cursos e total.

Curso	População	Número amostral ^a	Participantes	
	N	n	n	%
Educação Física	775	89	89	20
Medicina	543	62	73	17
Enfermagem	403	48	70	16
Ciências Farmacêuticas	352	43	73	17
Nutrição	315	37	54	12
Saúde coletiva	328	38	42	10
Odontologia	326	37	38	9
TOTAL	3042	423	439	100

^a, número amostral calculado

4.6 Trabalho de Campo

O pesquisador fez contato com os professores das disciplinas selecionadas, explicou seu propósito e solicitou permissão para entrar na sala de aula e aplicar o questionário com os alunos. No dia e horário agendados, o pesquisador compareceu ao local da disciplina, fez a apresentação inicial da pesquisa e de suas credenciais institucionais, apresentou o TCLE, esclareceu dúvidas, e aplicou o questionário distribuindo-o a cada aluno presente no momento.

Foi utilizado o questionário (ANEXO I) elaborado com base no *Guía para la Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud* (REDUPS, 2013). Esse material foi escolhido em função de sua origem latino-americana e, portanto, mais próxima da realidade social do Brasil. O questionário é composto por 60 questões (tratadas como indicadores), distribuídas em 18 componentes e quatro áreas (Gestão Institucional; Comunicação e Participação Social; Estilos de Vida; e Ambientes Saudáveis); e apresenta três opções de resposta fechadas (SIM; NÃO; ou EM PARTE). Por se tratar de uma iniciativa pioneira, o questionário não contou com validação e análise de propriedades psicométricas, tratando-se de um primeiro passo para uso de instrumentos parecidos ou do mesmo instrumento.

Foram também coletadas informações sobre idade, sexo, curso, semestre no curso e variáveis do domicílio que possibilitaram a estimação da classe social segundo o critério Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2017). Após aplicados e recolhidos, os questionários foram checados para identificar problemas com o preenchimento e foram digitados e organizados numa planilha eletrônica do Microsoft Office Excel ® (2016) para posterior análise dos dados. Os dados digitados foram revistos para inconsistências incluindo checagem pós-digitação por amostragem aleatória.

4.7 Tratamento estatístico

A análise quantitativa do questionário seguiu o padrão original descrito no *Guía para la Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud*, onde se buscou indicar as frequências absolutas, relativas e de dispersão de cada questão na forma de porcentagens. Os percentuais de respostas SIM, NÃO ou EM PARTE foram calculados para cada indicador, componente e área. De forma hierárquica, os percentuais de respostas de cada um dos 18 componentes e das quatro áreas foi composta por todas as questões dentro da área ou do componente. Indicadores, componentes e áreas que obtiveram mais de 50% em uma das respostas possíveis foram destacados em cores: verde para maior frequência de SIM; amarelo para maior frequência de EM PARTE; e vermelho para maior frequência de NÃO.

As idades informadas foram agrupadas em faixas etárias a partir de diversas referências bibliográficas buscando maiores subdivisões para a faixa etária normalmente conhecida como adulta, resultando na seguinte classificação: adolescentes, até os 19 anos (OMS, 2014); adultos jovens, até os 23 anos (DOVEY-PEARCE; DOHERTY; MAY, 2007; LEVINSON, 1986); e adultos, com idade acima de 23 anos (TULGAN, 2009; LEVINSON, 1986). A classe de idosos, pessoas com mais de 60 anos (BRASIL, 2003), não foi encontrada na amostra participante.

Quanto ao período do curso, os alunos foram classificados em: ingressantes, que haviam cursado menos de um terço do total de créditos do curso; meio de curso; e em fim de curso, que estavam no último ano do curso, conforme padrão utilizado pelo Instituto Nacional de Educação Profissional (INEP, 2014).

Cada curso foi utilizado como variável interveniente, mas também foi agrupado por Faculdades: Educação Física (com os cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação

Física); Medicina (com o curso de Medicina); e Ciências da Saúde (com os cursos de Enfermagem, Ciências Farmacêuticas, Nutrição, Saúde Coletiva e Odontologia).

A classificação social seguiu o critério Brasil (ANEXO III) desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2017), que subdivide em seis classes (A, B1, B2, C1, C2, e D-E). Optamos por utilizar a classificação agrupada das classes B1 com B2, e C1 com C2 (NERI, 2010) e, após a análise da distribuição de frequências por classe, optamos por juntar as classes C, D e E.

As frequências relativas de participantes no total e por curso foram apresentadas. Medidas de tendência central (média e desvio padrão) foram apresentadas para a idade, por ser esta a única variável quantitativa na população estudada.

O passo seguinte foi a realização de algumas análises associativas envolvendo as variáveis dependentes e as independentes e entre as variáveis independentes. Para tanto, foi utilizado o teste qui-quadrado. Este teste é baseado no cálculo dos valores esperados. Os valores esperados são os valores que seriam observados, caso a hipótese nula (de que as variáveis são todas independentes umas das outras) fosse verdadeira, conforme equações a seguir:

$$E_{ij} = \frac{(total\ da\ linha\ i) \times (total\ da\ coluna\ j)}{total\ geral}$$

E a estatística do teste é:

$$\chi^2 = \frac{\sum \sum (O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} \approx \chi^2 [(r - 1) \times (s - 1)]$$

Onde:

E_{ij} = valor esperado na i – ésima linha e j – ésima coluna

O_{ij} = Valor observado na i – ésima linha e j – ésima coluna

r = número total de linhas

s = número de colunas

Após as associações feitas, procedeu-se à realização da regressão Logística. Para tanto, estabeleceram-se, como logitos, respostas negativas (NÃO), respostas não positivas (EM

PARTE) comparadas com respostas positivas (SIM). A questão 42 foi tratada de forma inversa, de modo a considerar o NÃO como uma resposta positiva. Como base de comparação, foram utilizados os seguintes parâmetros: curso, faculdade, sexo, classe, período do curso e faixa etária. Por meio do desvio-padrão e inferências realizadas a partir do teste wald para regressões logísticas, foi possível chegar em Razões de Chance, ajustadas para as variáveis faixa etária, sexo, classe socioeconômica e período do curso (ABREU; SIQUEIRA; CAIAFFA, 2009). As análises estatísticas foram realizadas por meio do pacote estatístico SPSS® (2016) e considerou níveis de significância de $p < 0,05$.

5. RESULTADOS

5.1 Características dos participantes

Participaram da pesquisa 439 (ou 15,4%) dos 3042 alunos regularmente matriculados em julho de 2016 em sete cursos da Saúde da UnB, quais sejam: Educação Física, Medicina, Saúde Coletiva, Nutrição, Odontologia, Enfermagem e Ciências Farmacêuticas. A idade média (DP) dos participantes foi de 21 (± 4) anos e, como medida de tendência central de moda, indicaram estar cursando o quinto semestre de seus cursos, apesar do fato de 35% dos estudantes estarem cursando menos do que 30% do curso, gerando uma questão relacionada à vivência dos integrantes das Universidades, que responderam mais negativamente quanto mais veteranos. Isto indica que a falta de vivência em relação à universidade pode ter prejudicado a análise do que realmente ocorre na UnB. Os iniciantes podem não ter conseguido responder adequadamente em virtude de desconhecimento das atividades existentes. Além disso, os cálculos estatísticos empregados neste trabalho não compuseram uma análise longitudinal e, portanto, constituem-se apenas como indicativos relacionados às percepções dos alunos somente, e não como evidências inegáveis de situações concretas.

A tabela 2 mostra algumas características sociodemográficas dos participantes, expressas em medidas de tendência central e frequências relativas, distribuídas em cada curso e no total. Podemos identificar diferenças significativas nas proporções de participantes dentro de cada curso por: sexo, faixa etária, período do curso e classe econômica. Em adição, testes adicionais do Qui-Quadrado (não expostos em tabelas) mostraram outras associações significativas (todas $p < 0,001$): quando os cursos foram agrupados em Faculdades houve associações por sexo, classe econômica e período do curso; e quando agrupados por faixa etária houve associações com o semestre cursado e a classe econômica.

Tabela 2- Características sociodemográficas dos participantes.

Curso	Sexo (%)		Idade em anos (%)			Período do curso (%)			Classe Econômica (%)			
	Mas	Fem	M (DP)	<20	20-23	>23	Início	Meio	Fim	A	B	CDE
Educação Física (n=89)	56*	44	22 (±4)	21	61*	18	43	47	10	28	55*	17
Medicina (n=73)	60*	40	22 (±5)	22	56*	22	47*	26	27	49*	33	18
Enfermagem (n=70)	23	77*	22 (±3)	17	60*	23	20	54*	26	24	50*	26
Ciências Farmacêuticas (n=73)	29	71*	20 (±2)	29	67*	4	32	66*	3	27	60*	12
Nutrição (n=54)	24	76*	22 (±6)	17	65*	19	28	65*	7	43	50*	7
Saúde Coletiva (n=42)	29	71*	24 (±9)	19	55*	26	57*	29	14	21	62*	17
Odontologia (n=38)	26	74*	22 (±4)	24	53*	24	24	42*	34	32	45*	24
TOTAL (n=439)	38	62*	21 (±4)	21	60*	19	36	48*	16	32	51*	17

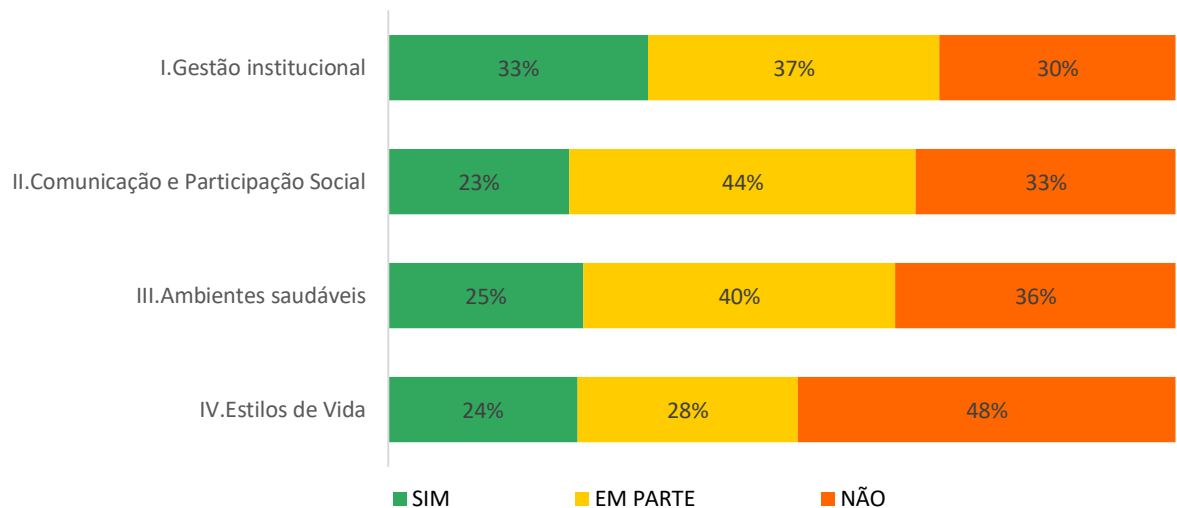
*Grandes diferenças quanto a composição da amostra, em linha; M, média; DP, Desvio Padrão; Mas, masculino; Fem, feminino; Período do curso: Início, primeiros 30% do curso; Meio, entre 31% e os últimos dois semestres do curso; Fim, nos últimos dois semestres do curso (nomenclatura utilizada apenas nesta apresentação); Classes Econômicas: A (>20 SM); B (10 a 20 SM); C (4 a 10 SM); D (2 a 4 SM); E (até 2 SM); SM, salário mínimo de R\$937,00. Fonte IBGE (2016). *diferença significativa (p<0,05) pelo teste do qui-quadrado.

5.2 Percepção dos alunos dos cursos da saúde sobre Promoção da Saúde na UnB

Ao analisarmos o percentual de respostas ao questionário de Avaliação e Reconhecimento de Instituições de Educação Superior Promotoras de Saúde (adaptado de REDCUPS, 2013) temos que, das 26.340 respostas possíveis (60 perguntas x 439 participantes), 38% foram respondidas como “NÃO”; 35% foram “EM PARTE”; e 27% foram respondidas como “SIM”.

Ao distribuir as frequências de respostas pelas quatro **Áreas** (figura 2) temos que a Área de Estilos de Vida é a que apresenta maior frequência de respostas negativas e a Área de Gestão Institucional maior frequência de respostas positivas. Para **Componentes**, os que alcançaram resultados mais positivos foram: **Aspectos Curriculares** e **Vínculos com o Meio**. Já os que alcançaram piores resultados foram: **Fatores protetores psicossociais**, **Atividade física** e **Prevenção do Consumo de Tabaco, e também de Álcool e outras Drogas**. Esta figura apresenta proporções de indicadores positivos, em verde, neutros, em amarelo, e negativos, em vermelho. Cada indicador recebeu a cor de acordo com a resposta mais prevalente, ou seja, quando a resposta de maior prevalência foi positiva, o indicador recebeu cor verde.

Figura 3- Frequências de respostas sobre Promoção da Saúde segundo áreas de Promoção da Saúde.



Fonte: autor

A seguir, o **Quadro 4** apresenta destaque às áreas, componentes e questões de promoção da saúde que obtiveram mais de 50% das respostas como SIM ou NÃO. Todas as respostas, em porcentagens, estão em apêndices deste trabalho (ANEXO I). Não houve predominância de respostas ($\geq 50\%$) dentro de nenhuma das quatro **Áreas** de promoção da saúde. Dos 18 **Componentes**, um apresentou predominância de respostas SIM (**Aspectos curriculares**), e quatro apresentaram predominância de respostas NÃO (**Qualidade de vida estudantil; Fatores protetores psicossociais; Atividade física e Prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas**). Dentro das **Questões**, cinco apresentaram maioria SIM e 18 apresentaram maioria NÃO.

Quadro 4- Indicadores (Área, Componente e Questão) de Promoção da Saúde que obtiveram mais de 50% das respostas como SIM (em cor verde) ou NÃO (em cor vermelha).

INDICADORES	%	n
I. GESTÃO INSTITUCIONAL	-	-
Qualidade de vida estudantil	52	228
8. Algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida desenvolvido na UnB já te beneficiou?	66	290
10. O clima psicológico da UnB é adequado à saúde (concorrência, cobrança ou burocracia exageradas, ou exposição a tratamentos ou situações inadequadas)?	63	277
Qualidade de vida laboral	-	-
11. A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para servidores e professores?	52	228
Aspectos curriculares	58	255
14. O ensino na UnB possui qualidade (fomenta criticidade e níveis de excelência)?	62	272
15. Existem cursos na UnB que sejam centrados no tema da Promoção de Saúde?	69	303
16. O seu curso na UnB possui conteúdo relacionado à Promoção de Saúde?	85	373
Vínculo com o meio	-	-
19. Você já participou de aulas ou projetos de promoção da saúde realizados com vínculos entre a UnB e outras instituições externas (sejam públicas ou privadas)?	53	233
II. COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	-	-
Comunicação	-	-
21. Alguma informação disponível nas estratégias de comunicação da UnB já beneficiou sua saúde?	65	285
III. AMBIENTES SAUDÁVEIS	-	-
Espaços dos estudantes	-	-
29. A UnB conta com salas de aula adequadas ao número e às necessidades dos estudantes ?	51	224
Segurança	-	-
35. A UnB possui serviços de emergências à saúde da população acadêmica?	57	250
37. Você se sente seguro dentro da UnB?	57	250
Ambientes inclusivos (para pessoas com necessidades especiais)	-	-
42. Você presencia ou passa por alguma situação de discriminação na UnB?	62	272
IV. ESTILOS DE VIDA	-	-
Fatores protetores psicossociais	51	224
44. Você já utilizou algum apoio psicológico ou psicossocial da UnB?	90	395
45. A UnB promove programas ou estratégias de assistência ou apoio psicossocial aos professores e funcionários ?	55	241
Alimentação	-	-
48. A UnB possui alguma regulamentação para a oferta de alimentos nos diferentes pontos de venda dentro da instituição?	51	224
51. A alimentação saudável na UnB é financeiramente acessível ?	52	228
52. A alimentação servida no Restaurante Universitário é saudável?	53	233
Atividade física	60	263
54. A UnB desenvolve estratégias de promoção da atividade física para professores e funcionários?	61	268
56. A carga horária acadêmica te possibilita a prática regular de atividades físicas ?	59	259
Prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas	60	263
57. A UnB desenvolve estratégias de prevenção ou tratamento do uso de tabaco na comunidade acadêmica?	78	342
58. A UnB desenvolve estratégias de prevenção ou tratamento do consumo de álcool e outras drogas na comunidade acadêmica?	78	342
59. Você já viu alguma ação de conscientização para uso de tabaco, álcool e drogas na UnB?	73	320
60. O ambiente universitário desfavorece o consumo de cigarro, álcool ou outras drogas ?	71	312

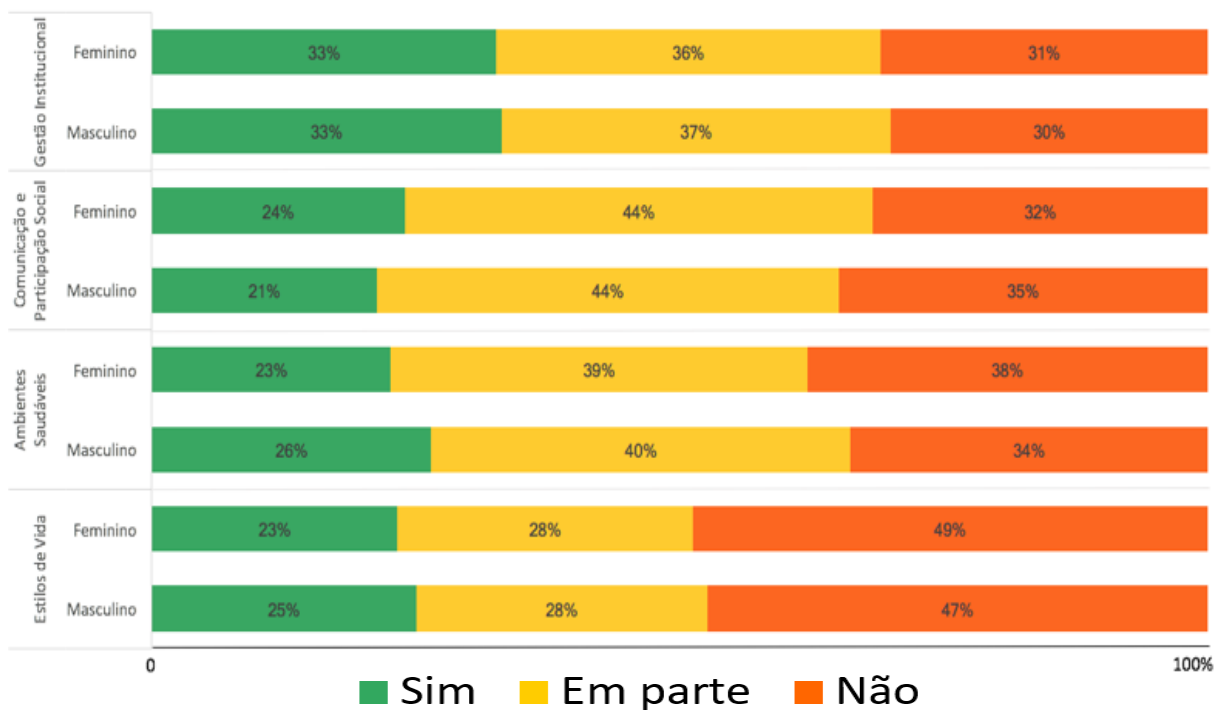
5.3 Diferenças na percepção sobre a Promoção da Saúde na UnB em relação às características da população

Visando identificar diferenças nos padrões de respostas entre os sexos, as classes sociais, as faixas etárias, os períodos do curso, e os próprios cursos, destacamos a seguir os indicadores (Áreas, Componentes e Questões) de promoção da saúde que mostraram resultados significativamente diferentes. Tal análise se faz relevante quando se busca desvelar iniquidades dentro de um grupo, possibilitando futuramente, desenvolver ações específicas para grupos mais vulneráveis. É necessário, antes, destacar que houve mais de 30% dos alunos se concentrando na resposta EM PARTE, o que indica uma lacuna a ser preenchida em posteriores estudos no sentido de identificar se este padrão de resposta esteve relacionado mais a desconhecimento por parte dos alunos ou mais por outras razões.

5.3.1 Diferenças por Sexo

Quando buscamos analisar o padrão de respostas para cada uma das quatro **Áreas** de promoção da saúde separadas por sexo, pudemos observar que não houve diferenças significativas (Figura 3).

Figura 4- Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por SEXO.



Fonte: autor.

Quando analisados pelos 18 **Componentes**, encontramos diferença estatisticamente significativa por sexo para **Comunicação**, dentro da área de **Comunicação e Participação Social**, com maior prevalência de respostas NÃO (48%) para mulheres, em comparação com homens (54%), e **Segurança**, que está dentro da Área de **Ambientes Saudáveis**, com maior prevalência de resposta NÃO (51%) para mulheres do que para homens (42%).

Como as **Áreas** e os **Componentes** são compostos por diversos indicadores, há uma tendência que as diferenças em questões específicas sejam compensadas pelas outras questões. Assim, o **Quadro 5** apresenta as **Questões** que apresentaram diferenças estatisticamente significativas no padrão de respostas. Cabe destacar que o teste do qui-quadrado realizado leva em consideração todos os padrões de resposta, incluindo as respostas EM PARTE. O quadro suprime as frequências dessas respostas buscando evidenciar aspectos de maior relevância para as análises.

Quadro 5- Questões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (%) entre os sexos.

Questões	Resposta	Mas	Fem
4. A UnB explicita em seu discurso institucional o interesse pelo bem-estar e desenvolvimento integral da comunidade acadêmica?	Sim	28	33
	Não	29*	18
7. A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para estudantes?	Sim	31	36
	Não	27	34*
8. Algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida desenvolvido na UnB já te beneficiou?	Sim	17	22*
	Não	64	67
12. Há elevado nível de estresse ou desmotivação nos servidores e professores da UnB?	Sim	37	38
	Não	21	10*
13. O ambiente de trabalho na UnB pode ser caracterizado como saudável?	Sim	16	8*
	Não	28	23
32. O clima psicológico na UnB é saudável (em relação à cobranças, competitividade ou assédio moral)?	Sim	15	8
	Não	37	55*
33. A estrutura física da UnB preza pela qualidade de vida dos professores e funcionários ?	Sim	18	10*
	Não	34	33
37. Você se sente seguro dentro da UnB?	Sim	14	4
	Não	48	63*
42. Você presencia ou passa por alguma situação de discriminação na UnB?	Sim	22	21
	Não	55	66*
60. O ambiente universitário favorece o consumo de cigarro, álcool ou outras drogas ?	Sim	70	72
	Não	15	7*

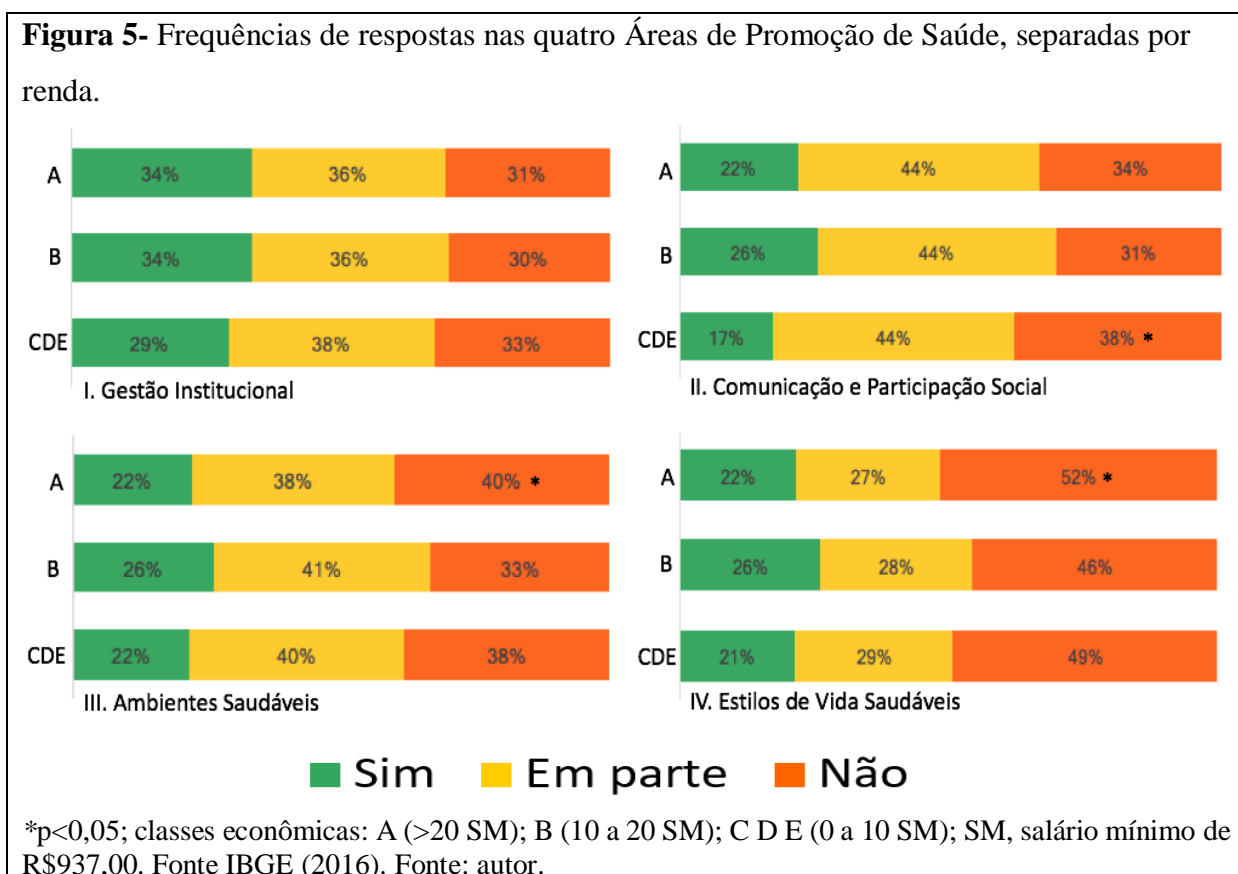
*p<0,05; Mas, masculino; Fem, feminino.

Apontamos que homens e mulheres tendem a ter percepções diferentes em relação a dez das 60 questões. As maiores diferenças foram quanto à percepção em relação à desmotivação de funcionários e professores, ao clima psicológico e à segurança na UnB de forma significativamente pior que os homens. Já os rapazes foram mais críticos quanto ao interesse institucional pelo bem-estar da comunidade acadêmica, e, como dado intrigante, menos rapazes reportam NÃO passar ou presenciar situações de discriminação do que as meninas.

5.3.2 Diferenças por classe econômica

Quando buscamos analisar o padrão de respostas para cada uma das quatro **Áreas** de promoção da saúde separadas por classe econômica, pudemos observar que houve diferenças

significativas (Figura 4), com maior frequência de NÃO na classe A para **Ambientes saudáveis** e **Estilos de Vida Saudáveis**; e na classe C, D e E para Comunicação e Participação Social, reforçando a reflexão sobre como se sentem esses participantes em relação ao processo participativo, levando-se em conta a real abertura e oportunidades para fazerem suas vozes serem ouvidas.



Quando analisados pelos 18 **Componentes**, encontramos diferença estatisticamente significativa por classe econômica para: **Participação**, que está dentro da área de **Comunicação e Participação Social**, com 26% de resposta NÃO para a classe A comparado com 33% para as classes CDE. **Ambientes Inclusivos**, que está dentro da área de **Ambientes Saudáveis**, com maior prevalência de resposta SIM (38%) para alunos da classe A do que para alunos das Classes CDE (32%); e

O Quadro 6 apresenta as **Questões** que apresentaram diferenças estatisticamente significativas no padrão de respostas por classe econômica. Apontamos que os participantes de menores classes sociais (CDE) foram mais críticos quanto à promoção da saúde para servidores,

e apresentaram menores frequências de SIM quando questionados sobre estrutura e disponibilidade para prática de atividades físicas. Já os participantes da classe mais alta (A) foram mais críticos quanto ao nível de estresse e desmotivação dos servidores. Alunos de classe média-alta (B) foram mais críticos quanto ao ambiente da UnB ser saudável e acessível, ao desenvolvimento de estratégias de alimentação saudável no campus, e à disponibilidade de estrutura para prática de atividades físicas.

Quadro 6- Questões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (%) separadas por renda.

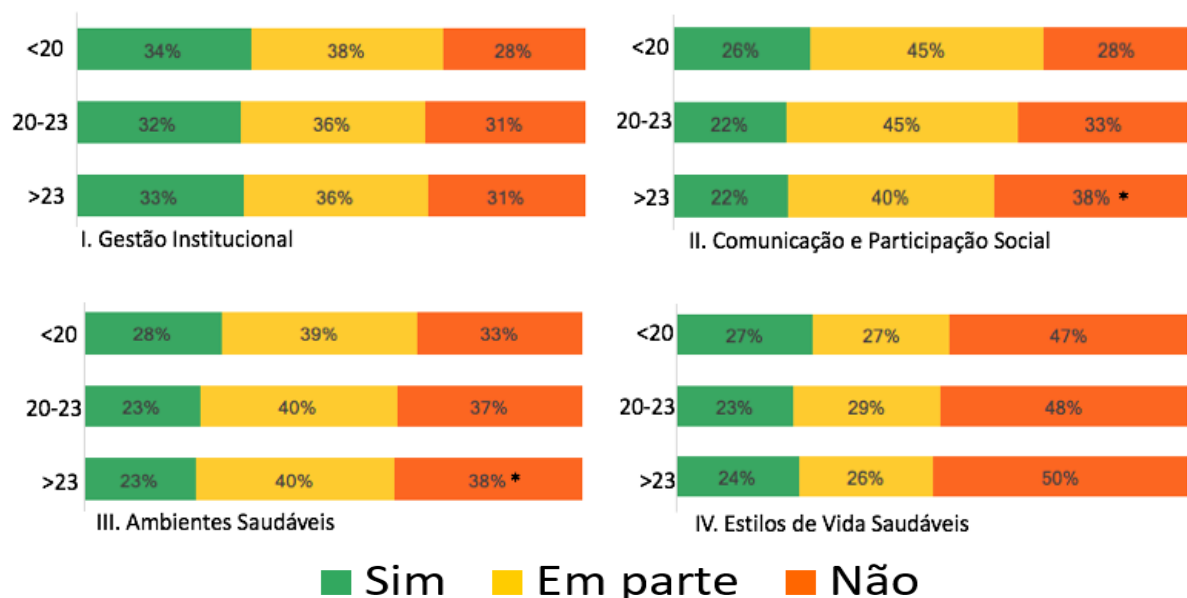
Questões	Resposta	A	B	CDE
11.A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para servidores e professores?	Sim	15	13	1
	Não	46	53	59*
12.Há elevado nível de estresse ou desmotivação nos servidores e professores da UnB?	Sim	47	33	33
	Não	9*	14	24
13.O ambiente de trabalho na UnB pode ser caracterizado como saudável?	Sim	9	14	11
	Não	36	19*	23
41.A UnB possui ambientes acessíveis para pessoas com deficiência (rampas, corrimões, elevadores, indicações em braile)?	Sim	20	35*	31
	Não	26	15	19
49.A UnB desenvolve estratégias de promoção da alimentação saudável dentro do campus?	Sim	7	23	16
	Não	63	42*	49
55.A UnB dispõe de estrutura adequada (quantidade e qualidade) para prática de atividades físicas pela comunidade acadêmica?	Sim	18	22	11
	Não	54	40*	51
56.A carga horária acadêmica te possibilita a prática regular de atividades físicas ?	Sim	18	10	8*
	Não	60	60	55

*p<0,05; Classes Econômicas: A (>20 SM); B (10 a 20 SM); CDE, Classes C, D e E, (0 a 10 SM); SM, salário mínimo de R\$937,00. Fonte IBGE (2016).

5.3.3 Diferenças por faixa etária

Quando buscamos analisar o padrão de respostas para cada uma das quatro **Áreas** de promoção da saúde separadas por faixa etária, pudemos observar que houve diferenças significativas (Figura 5), com maior frequência de **NÃO** para comunicação e participação social; e ambientes saudáveis entre os alunos mais velhos.

Figura 6- Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por faixa etária (em anos).



* $p < 0,05$; faixas etárias: adolescente (<20 anos), adultos jovens (20-23 anos), adultos (> 23 anos). Fonte: autor.

Quando analisados pelos 18 **Componentes**, encontramos diferença estatisticamente significativa por faixa etária para **Indicadores de gestão**, dentro da área de **Gestão Institucional**, com maior prevalência na resposta NÃO (41%) para adultos (>23 anos) em comparação com adolescentes, com menos de 20 anos (31%); **Comunicação**, que está dentro da área Comunicação e Participação Social, com maior prevalência de respostas SIM (23%) para adolescentes em comparação com adultos (16%); **Espaços Laborais**, que está dentro da área de **Ambientes saudáveis**, com maior prevalência de NÃO(41%) para adultos em comparação com adolescentes (26%), para **Saúde sexual e reprodutiva**, dentro da Área de **Estilos de Vida Saudáveis**, com mais respostas negativas para adultos (47%) do que para adolescentes (21%); e **Atividade Física**, na mesma área, com maior prevalência de resposta NÃO (47%) para adultos (>23 anos) do que para jovens (<20anos) (32%);

O Quadro 7 apresenta as questões que mostraram diferenças estatisticamente significativas no padrão de respostas por faixa etária. É possível notar uma clara tendência de que os participantes mais velhos sejam mais críticos em relação a esses indicadores.

Quadro 7- Questões de Promoção da Saúde que apresentaram diferenças estatisticamente significativas (%) segundo faixas etárias (idade em anos).

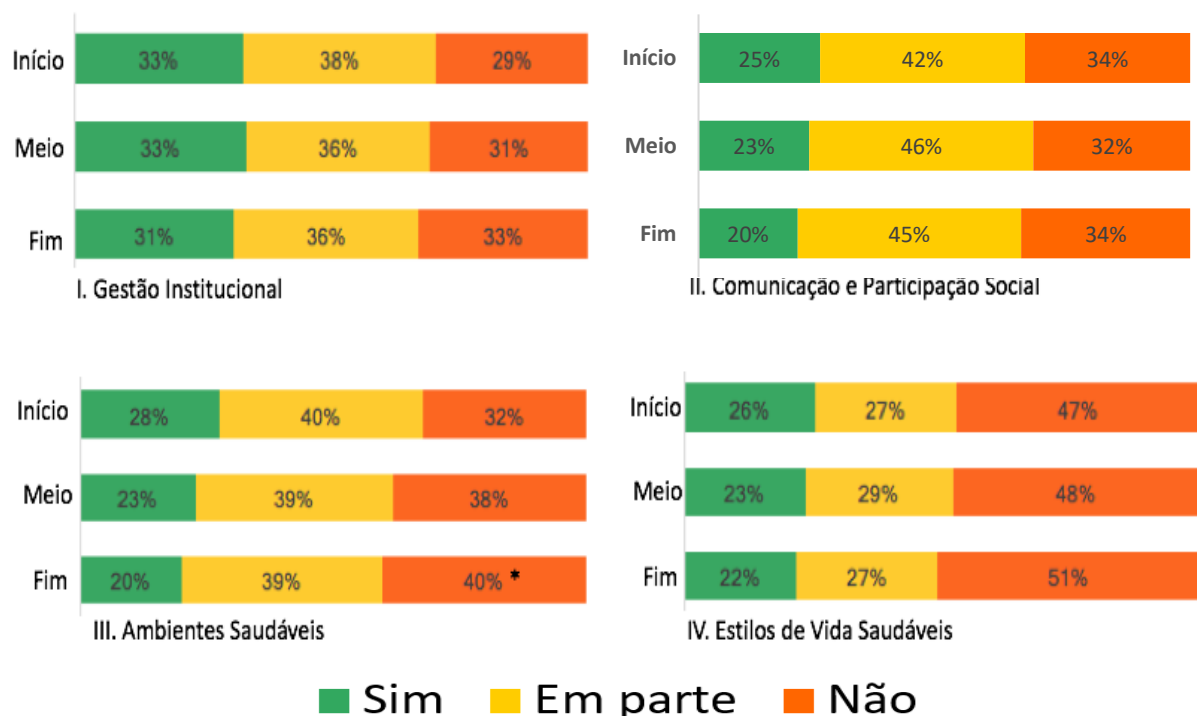
Questões	Resposta	<20	20-23	>23
5. A UnB conta com financiamento regular para fomentar o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde da comunidade acadêmica?	Sim	21	15	19
	Não	26	33	46*
22. É fácil acessar informações referentes à promoção da saúde na UnB ?	Sim	15	15	9
	Não	31	42	53*
27. Você tem oportunidades de opinar sobre programas ou projetos no seu departamento ou faculdade ?	Sim	33	22	31
	Não	31	34	43*
37. Você se sente seguro dentro da UnB?	Sim	5	6	14
	Não	50	59	61*
38. A UnB possui políticas adequadas de manejo de resíduos (lixo)?	Sim	42	29	19
	Não	16	25	36*
39. Você considera a UnB como um ambiente limpo?	Sim	52	38	42*
	Não	16	13	19
47. A UnB desenvolve estratégias visando a promoção da saúde sexual e reprodutiva na comunidade acadêmica?	Sim	36	31	22
	Não	29	33	52*

*p<0,05; Faixas etárias: <20, adolescentes;20-23, adultos jovens, >23, adultos.

5.3.4 Diferenças por período do curso

Quando buscamos analisar o padrão de respostas para cada uma das quatro **Áreas de promoção da saúde** separadas por período do curso, pudemos observar que houve diferenças significativas (Figura 6), com maior frequência de NÃO para ambientes saudáveis entre concluintes; e de SIM para comunicação e participação social entre ingressantes.

Figura 7- Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por período de curso.



* $p < 0,05$; Período do curso (nomenclatura adotada para representação apenas nesta figura): início (cursando primeiros 30% do curso), meio do curso (cursando entre 30 e últimos dois semestres), fim (cursando últimos dois semestres do curso).

Quando analisados pelos **Componentes**, encontramos diferença estatisticamente significativa por período do curso para: **Espaços dos estudantes**, dentro da área de Ambientes saudáveis, com maior prevalência de NÃO (42%), em comparação com ingressantes (33%); **Espaços Laborais**, dentro da mesma área, com maior prevalência de resposta NÃO (48%) para alunos concluintes do que para alunos ingressantes (24%); e **Manejo de Resíduos**, dentro da mesma área, com maior prevalência de resposta SIM (46%) para alunos ingressantes do que para alunos concluintes (25%).

O Quadro 8 apresenta as questões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas no padrão de respostas por período do curso. É possível notar a tendência de que os alunos ingressantes tenham uma visão mais positiva sobre esses indicadores. Apenas a questão relativa à participação em aulas ou projetos de promoção da saúde foi maior entre alunos do final do curso. Aproveitamos para destacar que apenas as questões 38 e 39 apresentaram comportamento similar em função da faixa etária e do período do curso,

indicando que não a idade, mas sim a vivência do ambiente universitário, acabaram por gerar visões mais negativas por parte dos alunos.

Quadro 8- Questões de Promoção da Saúde que apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas frequências de respostas (%) entre os períodos do curso.

Questões	Resposta	Início	Meio	Fim
2.O seu departamento ou faculdade possui alguma política institucional que fomente o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade acadêmica?	Sim	34	29 *	33
	Não	18 *	34	36
4.A UnB explicita em seu discurso institucional o interesse pelo bem-estar e desenvolvimento integral da comunidade acadêmica?	Sim	38 *	29	24
	Não	19	26*	18
13.O ambiente de trabalho na UnB pode ser caracterizado como saudável?	Sim	15	11	4
	Não	19	25	39 *
15.Existem cursos na UnB que sejam centrados no tema da Promoção de Saúde?	Sim	75	69	58 *
	Não	9	7	4
19.Você já participou de aulas ou projetos de promoção da saúde realizados com vínculos entre a UnB e outras instituições externas (sejam públicas ou privadas)?	Sim	37*	61	67
	Não	52*	31	28
28.A estrutura física da UnB preza pela qualidade de vida dos estudantes ?	Sim	16	11	6 *
	Não	34*	46	46
29.A UnB conta com salas de aula adequadas ao número e às necessidade dos estudantes ?	Sim	19	11	8*
	Não	40	57	60 *
30.A UnB dispõe de espaços que favoreçam a sociabilização, o esparecimento e o lazer ?	Sim	53*	44	28
	Não	13*	16	19
33.A estrutura física da UnB preza pela qualidade de vida dos professores e funcionários ?	Sim	19	11	3*
	Não	27*	35	44
34.A UnB conta com espaços de integração para os docentes ?	Sim	31*	23	19
	Não	22	40	51*
38.A UnB possui políticas adequadas de manejo de resíduos (lixo)?	Sim	38*	26	24
	Não	18	27	38
39.Você considera a UnB como um ambiente limpo ?	Sim	55*	36	26
	Não	12*	17	17
41.A UnB possui ambientes acessíveis para pessoas com deficiência (rampas, corrimões, elevadores, indicações em braile, etc.)?	Sim	38*	27	19
	Não	18	21	18
49.A UnB desenvolve estratégias de promoção da alimentação saudável dentro do campus?	Sim	19	16	14
	Não	43	50	65*
50.Existe a oferta (venda) de alimentos saudáveis dentro da UnB?	Sim	41*	38	24
	Não	29	22	29
51.A alimentação saudável na UnB é financeiramente acessível ?	Sim	27*	17	17
	Não	48	51	64*

*p<0,05; UnB, Universidade de Brasília. Período do curso: Início, primeiros 30% do curso; Meio, entre 31% e os últimos dois semestres do curso; Fim, nos últimos dois semestres do curso.

5.4 Síntese dos resultados por sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso

Para confirmar as diferenças entre as respostas encontradas no geral e por cada área, componente e questão, foi realizada uma regressão logística para identificar qual seria a razão de chance para a resposta Sim dentro de cada variável. Os dados da regressão logística foram ajustados, excluindo as influências das variáveis confundidoras, uma vez que há sobreposição de diferenças significativas entre elas. De modo geral, ser do sexo feminino; da classe C, D e E; concluinte; e mais velho são variáveis relacionadas a uma maior proporção de percepções negativas dos aspectos promotores de saúde como um todo (Tabela 3).

Tabela 3 – Razões de chance, na totalidade das respostas, para percepções positivas, ajustadas para sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso.

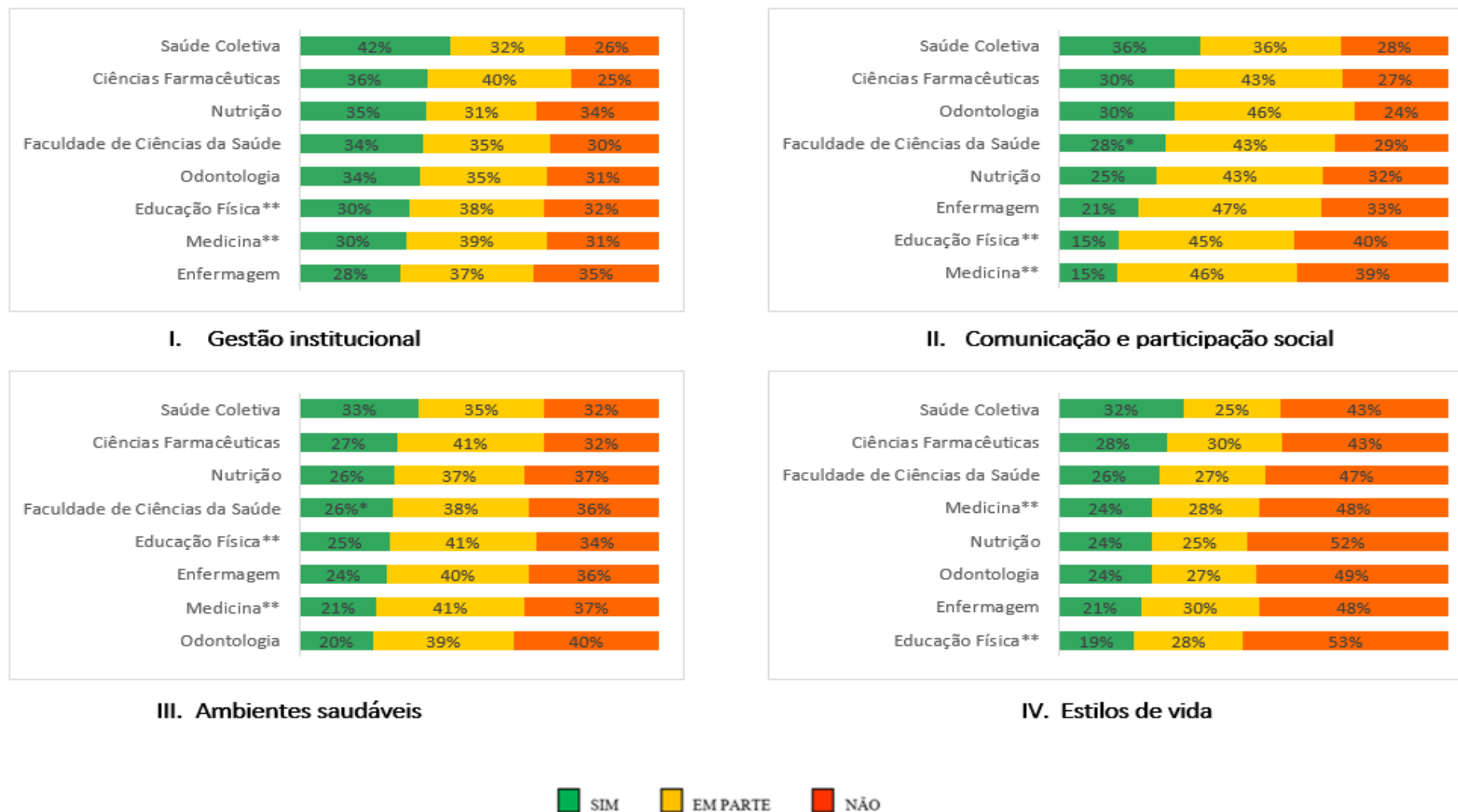
Sexo	Razão de Chance ajustada	IC (95%)
Masculino	1	
Feminino	0,67	(0,39 - 1,15)
Classe econômica		
Classe B	1	
Classe A	0,93	(0,54 - 1,60)
Classe C, D e E	0,55	(0,25 - 1,13)
Período do curso		
Ingressantes	1	
Meio de curso	0,69	(0,38 - 1,25)
Concluintes	0,35*	(0,12 - 0,98)
Faixa etária		
Adolescentes (<20 anos)	1	
Adultos jovens (20 a 23 anos)	0,84	(0,44 - 1,6)
Adultos (>23 anos)	0,81	(0,33 - 1,97)

*p<0,05; IC, Intervalo de Confiança. Fonte: autor.

5.5 Diferenças por Cursos e Faculdades

Levando-se em conta o padrão de respostas para cada uma das quatro **Áreas** de promoção da saúde separadas por faculdade e curso, pudemos observar que houve diferenças significativas (Figura 7), com maior frequência de SIM para a Faculdade de Ciências da Saúde do que para Faculdade de Medicina e Faculdade de Educação Física, dentro de **Comunicação e Participação Social**. Apesar da significância ter sido expressada apenas nesta área, este comportamento se repetiu em todas as áreas, de forma que o curso de Saúde Coletiva foi o que mais influenciou esses dados, aumentando a média entre os quatro cursos da Faculdade de Ciências da Saúde.

Figura 8- Frequências de respostas nas quatro Áreas de Promoção de Saúde, separadas por curso e faculdade.



* $p < 0,05$ pelo teste do qui-quadrado. UnB, Universidade de Brasília; **Educação Física e Medicina são tratadas concomitantemente como Curso e Faculdade. A Faculdade de Ciências da Saúde incorpora os cursos de Saúde Coletiva, Odontologia, Ciências farmacêuticas, Nutrição e Enfermagem.

Quando analisados pelos **Componentes**, encontramos diferença estatisticamente significativa por período do curso para três: **Comunicação**, que está dentro da Área de **Comunicação e Participação Social**, com maior prevalência de resposta SIM (26%) para alunos da Faculdade de Ciências da Saúde do que para alunos da Faculdade de Educação Física e Faculdade de Medicina (ambos 11%) ; **Participação Social**, que está dentro da mesma área, com maior prevalência de resposta SIM (30%) para alunos da Faculdade de Ciências da Saúde do que para alunos da Faculdade de Medicina (17%) E Faculdade de Educação Física (18%); e **Ambientes inclusivos**, dentro da área **Ambientes Saudáveis**, com maior prevalência de resposta SIM (32%) para alunos da Faculdade de Ciências da Saúde do que para alunos da Faculdade de Medicina (25%) e Faculdade de Educação Física (18%).

O Quadro 9 apresenta as questões que apresentaram diferenças estatisticamente significativas no padrão de respostas por faculdade. A tendência a respostas mais positivas advindas da Faculdade de Ciências da Saúde permanece na maioria das questões. De qualquer forma, a quantidade de questões foi grande e necessitaram de um filtro que realmente descrevesse quais questões foram significativamente diferentes realmente em função da faculdade à qual o aluno se vinculava, o que foi feito por meio de regressão logística, descrita em tópico seguinte.

Quadro 9 - Questões de Promoção da Saúde que apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas frequências de respostas (%) entre as faculdades.

Questões	Resposta	FEF	FS	FM
2. O seu departamento ou faculdade possui alguma política institucional que fomente o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade acadêmica?	Sim	37	27*	38
	Não	28	33	14*
3. O projeto pedagógico do seu curso formaliza a ênfase no bem-estar e no desenvolvimento integral dos estudantes?	Sim	33	31	10*
	Não	18*	26	36
7. A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para estudantes?	Sim	30	37*	27
	Não	29	34*	21
10. O clima psicológico da UnB é adequado à saúde (concorrência, cobrança ou burocracia exageradas, ou exposição a tratamentos ou situações inadequadas)?	Sim	10	8	8
	Não	47*	67	66
11. A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para servidores e professores?	Sim	23	10	4*
	Não	42	55	51
12. Há elevado nível de estresse ou desmotivação nos servidores e professores da UnB?	Sim	25	39	48*
	Não	21	12*	15
14. O ensino na UnB possui qualidade (possibilita criticidade, além fomentar níveis de excelência)?	Sim	64	65	52*
	Não	2	1	11
17. A carga horária de ensino, pesquisa e extensão na UnB são adequadas e favorecem a promoção da saúde?	Sim	17	19	11
	Não	39	30	55*
18. A UnB desenvolve ações de promoção da saúde através de vínculos com a comunidade externa (empresas, associações ou indivíduos)?	Sim	25	48*	30
	Não	33	23	23
19. Você já participou de aulas ou projetos de promoção da saúde realizados com vínculos entre a UnB e outras instituições externas (sejam públicas ou privadas)?	Sim	25	62*	53
	Não	65*	31	33
20. A UnB desenvolve alguma estratégia de comunicação voltada para a promoção da saúde?	Sim	17	38*	25
	Não	44*	22	27
21. Alguma das informações disponíveis nas estratégias de comunicação da UnB já beneficiou sua saúde?	Sim	9	19	3
	Não	79*	60	71
22. É fácil acessar informações referentes à promoção da saúde na UnB ?	Sim	8	17	7
	Não	48*	35	59
23. A comunidade acadêmica participa do desenvolvimento de estratégias e programas de promoção da Saúde na UnB?	Sim	12	32	22
	Não	28*	20	21
24. A UnB apoia iniciativas de professores ou servidores relacionadas à Promoção de Saúde?	Sim	15	31	18
	Não	27	20	21
25. A UnB apoia iniciativas de alunos relacionadas à promoção de saúde?	Sim	12	33	16
	Não	28	16	27

	Não			
29. A UnB conta com salas de aula adequadas ao número e às necessidades dos estudantes ?	Sim	25	11	8
	Não	37	53	60*
30. A UnB dispõe de espaços que favoreçam a sociabilização, o esparecimento e o lazer ?	Sim	58*	42	38
	Não	11	15	22*
32. O clima psicológico na UnB é saudável (em relação à cobranças, competitividade ou assédio moral)?	Sim	17*	9	8
	Não	35*	52	51
40. A UnB possui alguma política institucional de inclusão para pessoas com necessidades especiais ?	Sim	26	39*	21
	Não	34*	22	27
41. A UnB possui ambientes acessíveis para pessoas com deficiência (rampas, corrimões, elevadores, indicações em braile, etc.)?	Sim	12	37*	23
	Não	35*	14	19
42. Você presencia ou passa por alguma situação de discriminação na UnB?	Sim	16	21	30*
	Não	64	65	47*
43. A UnB promove programas ou estratégias de assistência ou apoio psicossocial aos estudantes?	Sim	20	31	44*
	Não	48*	35	7
47. A UnB desenvolve estratégias visando a promoção da saúde sexual e reprodutiva na comunidade acadêmica?	Sim	17	37*	22
	Não	60*	28	34
50. Existe a oferta (venda) de alimentos saudáveis dentro da UnB?	Sim	21*	41	41
	Não	39*	21	25
51. A alimentação saudável na UnB é financeiramente acessível ?	Sim	21	20	23
	Não	63*	52	40
53. A UnB desenvolve estratégias de promoção da atividade física para estudantes?	Sim	26	29	19
	Não	25	38	44*
54. A UnB desenvolve estratégias de promoção da atividade física para professores e funcionários?	Sim	19*	10	3
	Não	48	63	73*
58. A UnB desenvolve estratégias de prevenção ou tratamento do consumo de álcool e outras drogas na comunidade acadêmica?	Sim	0	7	6
	Não	89*	73	85
59. Você já viu alguma ação de conscientização quanto ao uso de tabaco, álcool e outras drogas na UnB?	Sim	8*	19	16
	Não	87*	69	73

*p<0,05, Faculdades: FM, Faculdade de medicina da UnB, FS, Faculdade e Ciências da Saúde da UnB, FEF, Faculdade de Educação Física da UnB.

5.6 Efeito isolado das variáveis Curso e Faculdade nas respostas dos estudantes

Como as variáveis Sexo, Classe Econômica, Faixa Etária e Período do Curso se distribuem de forma diferente entre os Cursos e as Faculdades, e geraram diferenças significativas nos padrões de respostas, para que possamos afirmar que existem diferenças significativas em função dos Cursos e/ou Faculdades, é necessário realizar análises de regressão logística ajustada para essas variáveis intervenientes⁵.

A Tabela 4 apresenta as razões de chance obtidas após os ajustes para a totalidade das 60 questões, permitindo identificar que alunos que frequentam os cursos de Saúde Coletiva, Ciências Farmacêuticas, Odontologia e Nutrição apresentam maior chance de responder que “SIM, A UnB é Promotora de Saúde”, do que alunos dos cursos de Educação Física, Medicina e Enfermagem. Quando as razões de chance foram analisadas de forma agrupada por Faculdade, embora não estatisticamente significativa, alunos que frequentam a Faculdade de Ciências da Saúde apresentaram mais chance de perceber a UNB como promotora de Saúde do que alunos das Faculdades de Educação Física e Medicina.

Tabela 4 - Razões de chance para a totalidade das respostas SIM, ajustada para sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso.

Curso	Razão de Chance ajustada	IC (95%)
Saúde Coletiva	2,97*	(1,21 - 7,30)
Ciências Farmacêuticas	2,38*	(1,07 - 5,30)
Odontologia	2,07*	(0,75 - 5,72)
Nutrição	2,00*	(0,83 - 4,88)
Educação Física	1	
Medicina	0,80	(0,32 - 2,03)
Enfermagem	0,69	(0,24 - 1,96)
Faculdade		
Ciências da Saúde	1,56	(0,82 - 2,94)
Educação Física	1	
Medicina	0,75	(0,23 - 1,04)

*p<0,05; IC, Intervalo de Confiança.

A tabela 5 apresenta as razões de chance obtidas após os ajustes para a **Área I- Gestão Institucional**, permitindo identificar o mesmo padrão reportado acima: alunos que frequentam os cursos de Saúde Coletiva (único estatisticamente significativo), Ciências Farmacêuticas,

⁵ Nas análises por regressão, a Questão.42 foi analisada com o padrão de respostas invertido uma vez que é a única questão em que o NÃO se refere a algo positivo.

Odontologia e Nutrição apresentam maior chance de responder que “SIM, a **Gestão Institucional** da UnB é Promotora de Saúde”, do que alunos dos cursos de Educação Física, Medicina e Enfermagem. Quando as razões de chance foram analisadas de forma agrupada por Faculdade, embora não de forma estatisticamente significativa, alunos que frequentam a Faculdade de Ciências da Saúde apresentou mais chance de perceber a **Gestão Institucional** da UNB como promotora de Saúde do que alunos das Faculdades de Educação Física e Medicina.

Tabela 5 - Razões de chance para respostas SIM dentro da **Área de Gestão Institucional**, ajustada para sexo, faixa etária, classe econômica e período do curso.

Curso	Razão de Chance ajustada	IC (95%)
Saúde Coletiva	3,43*	(1,56 - 7,54)
Ciências Farmacêuticas	1,61	(0,81 - 3,18)
Odontologia	1,48	(0,70 - 3,12)
Nutrição	1,40	(0,60 - 3,25)
Educação Física	1	
Medicina	0,81	(0,38 - 1,72)
Enfermagem	0,77	(0,37 - 1,59)
Faculdade		
Ciências da Saúde	1,55	(0,83 - 2,38)
Educação Física	1	
Medicina	0,88	(0,30 - 1,02)

* $p < 0,05$; IC, Intervalo de Confiança.

A tabela 6 apresenta as razões de chance obtidas após os ajustes para a **Área II- Comunicação e Participação Social**, permitindo identificar, ainda, o mesmo padrão reportado acima: alunos que frequentam os cursos de Saúde Coletiva, Ciências Farmacêuticas, Odontologia e Nutrição apresentam maior chance de responder que “SIM, a **Comunicação e Participação Social** da UnB é Promotora de Saúde”, do que alunos dos cursos de Educação Física, Medicina e Enfermagem. Quando as razões de chance foram analisadas de forma agrupada por Faculdade, com significância estatística, alunos que frequentam a Faculdade de Ciências da Saúde apresentaram mais chance de perceber a **Comunicação e Participação Social** da UNB como promotora de Saúde do que alunos das Faculdades de Educação Física e Medicina.

Tabela 6 - Razões de chance bruta e ajustada para percepções positivas dentro da Área de Comunicação e Participação Social.

Curso	Razão de Chance ajustada	IC (95%)
Saúde Coletiva	4,11*	(1,57 - 10,47)
Ciências Farmacêuticas	4,00*	(1,71 - 9,36)
Odontologia	3,15*	(1,10 - 8,74)
Nutrição	2,60*	(1,02 - 6,68)
Enfermagem	1,40	(0,53 - 3,84)
Medicina	1,30	(0,51 - 3,47)
Educação Física	1	
Faculdade		
Ciências da Saúde	2,79*	(1,30 - 5,55)
Medicina	1,33	(0,30 - 1,02)
Educação Física	1	

*p<0,05; IC, Intervalo de Confiança.

A tabela 7 apresenta as razões de chance obtidas após os ajustes para a **Área III- Ambientes saudáveis**, que indicaram uma menor razão de chance de dizer SIM para os cursos de Nutrição, Odontologia, Medicina e Enfermagem, porém de forma não significativa, assim como ocorreu para a Faculdade de Ciências da Saúde.

Tabela 7 - Razões de chance bruta e ajustada para percepções positivas dentro da Área de Ambientes saudáveis.

Curso	Razão de Chance ajustada	IC (95%)
Saúde Coletiva	1,83*	(0,48 - 4,24)
Ciências Farmacêuticas	1,07	(0,60 - 3,38)
Educação Física	1	
Nutrição	0,99	(1,02 - 6,68)
Odontologia	0,93	(0,48 - 4,24)
Enfermagem	0,82	(0,52 - 3,27)
Medicina	0,69	(0,27 - 1,72)
Faculdade		
Ciências da Saúde	1,03	(0,56 - 1,96)
Educação Física	1	
Medicina	0,68	(0,15 - 1,44)

*p<0,05; IC, Intervalo de Confiança.

Para finalizar, A tabela 8 apresenta as razões de chance obtidas após os ajustes para a **Área III- Estilos de vida**, permitindo identificar que alunos que frequentam os cursos de Saúde Coletiva, Odontologia e Ciências farmacêuticas apresentaram maior chance de responder que “SIM, a Universidade é Promotora de Saúde quanto aos **Estilos de vida** dos estudantes”, do

que alunos dos cursos de Educação Física, Medicina e Enfermagem e Nutrição. Quando as razões de chance foram analisadas de forma agrupada por Faculdade, com significância estatística, alunos que frequentam a Faculdade de Ciências da Saúde apresentaram mais chance de perceber as ações quanto ao **Estilos de vida dos alunos** da UnB como promotora de Saúde do que alunos das Faculdades de Educação Física e Medicina.

Nesta área, a Faculdade de Educação Física apresentou o pior comportamento, com mais respostas negativas, o que sinaliza a influência do ambiente acadêmico nas respostas dos alunos, de forma que tanto os cursos da Faculdade de Ciências da Saúde quanto a Faculdade de Medicina se dispõem no mesmo prédio e Faculdade de Educação Física fica afastada. Além disso, existem outras relações que não ficam claras somente neste trabalho e que podem ser feitas em trabalhos posteriores.

Tabela 8 - Razões de chance bruta e ajustada para percepções positivas dentro da **Área de Estilos de Vida**. UnB, 2016.

Curso	Razão de Chance ajustada	IC (95%)
Ciências farmacêuticas	6,25*	(2,27; 17,19)
Saúde Coletiva	4,91*	(1,27; 14,44)
Odontologia	3,12*	(1,27; 14,44)
Nutrição	1,73	(0,48; 6,17)
Enfermagem	1,66	(0,49; 5,58)
Medicina	1,51	(0,45; 5,02)
Educação Física	1	
Faculdade		
Ciências da Saúde	3,04	(1,25; 7,14)
Medicina	1,20	(0,50; 2,86)
Educação Física	1	

* $p < 0,05$; IC, Intervalo de Confiança.

A Faculdade de Ciências da Saúde respondeu mais positivamente às questões, principalmente para as áreas de **Comunicação e Participação Social** e **Estilos de Vida**; o curso de Saúde Coletiva se destacou em maior quantidade de respostas positivas, seguida pelo curso de Ciências Farmacêuticas; o curso de Educação Física foi o que se comportou mais negativamente; e a classe B respondeu mais positivamente para **Ambientes Saudáveis** e **Estilos de Vida**, enquanto os ingressantes responderam mais positivamente para **Ambientes Saudáveis** e para o geral das questões.

6. DISCUSSÃO

Acreditamos que, em se tratando de um estudo exploratório, devemos chamar a atenção do leitor aos aspectos que mais “saltam aos olhos”; sem ter a pretensão de fazer uma análise de todas as possibilidades que se desvelaram com os resultados obtidos. No geral, a percepção da maioria (62%) dos alunos dos cursos da saúde indica que, em alguma medida (SIM ou EM PARTE), a UnB vem sendo uma instituição promotora da saúde. Por meio das regressões foi possível notar que: ser mulher, de classe C, D ou E, conluente e mais velho gerou maiores razões de chance para percepções mais negativas, sinalizando uma importante discussão relacionada aos Determinantes Sociais da Saúde e como eles influenciam estes alunos.

No entanto, é importante considerar a complexidade envolvida no processo avaliativo em promoção da saúde e as especificidades do contexto avaliado, da população respondente, dos itens avaliados e do instrumento escolhido (NUTBEAM, 1998) antes de realizar quaisquer comparações e extrapolações. Tivemos também que fazer algumas opções metodológicas de análise compatíveis com o tempo e as capacidades disponíveis para a realização de uma dissertação de mestrado. Diante da quantidade de questões (60) e das possibilidades de cruzamento entre as variáveis sociodemográficas (sexo, classe econômica, faixa etária e período do curso), além do próprio curso e faculdade, optamos por: destacar os aspectos mais frequentes; destacar as maiores diferenças quando comparando subgrupos; e abordar, de forma resumida, como perspectiva futura, as análises referentes à itens da promoção da saúde em funcionários e docentes.

Em contrapartida, destacamos que o presente estudo contou com a participação representativa de alunos de sete cursos da saúde, distribuídos em três faculdades, favorecendo princípios importantes da promoção da saúde como participação social, equidade e protagonismo juvenil, direcionando-se para um ideal de sistema onde seja possível uma avaliação mais adequada aos personagens envolvidos. É salutar que políticas e programas de promoção de saúde sejam elaborados e avaliados por todos os interessados e não só pelos chefes e gestores (GUBA; LINCOLN, 1989; KANTORSKY *et al.*, 2009).

Discutiremos a seguir, os Componentes e Questões agrupados nas quatro Áreas que compõem o instrumento de avaliação utilizado. Essa opção metodológica visa facilitar o ordenamento de uma reflexão complexa, mas não representa que cada área ou componente deva ser analisado de forma isolada dos demais. Nessa etapa discutiremos, quando houver, as

diferenças de características sociodemográficas. Este estudo mostra diferenças nas composições dos cursos por sexo e classe econômica; havendo mais homens nos cursos de Educação Física e Medicina; e de alunos de classe A no curso de Medicina. Diferenças (ajustadas para esses confundidores) por curso e faculdade serão analisadas em separado, mais à frente, justamente para destacar sua influência nas respostas. Para minimizar a limitação da discussão dissociada em tópicos, apresentaremos ao final um apanhado geral.

6.1 Área de Gestão institucional

Essa foi a **Área** com maior quantidade de SIM (33%), quando comparada às outras áreas (24%). Composta por seis Componentes e 19 Questões, podemos destacar que o **Componente Aspectos Curriculares** foi o único com maioria (58%) de respostas SIM em todo o questionário. Quanto às **Questões**, merece destaque a **Q.16** “Seu curso na UnB possui conteúdo relacionado à Promoção de Saúde?”, com a maior proporção de resposta SIM (85%) em todo o questionário.

Outro **Componente**, o **Vínculo com o Meio**, também recebeu uma boa quantidade (47%) de respostas SIM; tendo como destaque a **Q.19**: “Você já participou de aulas ou projetos de promoção da saúde realizados com vínculos entre a UnB e outras instituições externas?”, que apresentou 53% de respostas SIM. Isso indica que a maioria dos alunos percebe os aspectos curriculares e de formação acadêmica da UnB, incluindo a criação de vínculos com o meio externo, como promotores de saúde. Tais componentes propiciam ao aluno segurança em relação a seu destino de vida profissional, um aspecto importante na saúde humana (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; TSOUROS *et al.*, 1998).

No entanto, o **Componente da Qualidade de Vida Estudantil** teve **Questões** com elevada prevalência (>60%) de respostas NÃO. É o caso da **Q.8** “Algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida desenvolvido na UnB já te beneficiou?”, indicando pouca capilaridade ou alcance das ações; e da **Q.10**: “o Clima Psicológico na UnB é adequado à saúde?”, indicando haver concorrência, cobrança ou burocracia exageradas na instituição. Há que se destacar aqui que as mulheres apresentaram padrão significativamente pior nas respostas ao **Componente da Qualidade de Vida Estudantil** do que os homens.

Temos então que a **Área da Gestão Institucional** precisa trabalhar para desenvolver e/ou capilarizar mais programas ou ações de promoção da saúde e qualidade de vida para os estudantes, em especial as do sexo feminino. A UnB precisa também rever alguns critérios que afetam o clima psicológico da instituição tais como concorrência, cobrança ou burocracia exageradas. Tais avanços devem advir de mudanças na cultura organizacional, o que exige tempo. Registros de programas voltados para a promoção da saúde em universidades da Costa Rica e da Colômbia levaram sete anos para apresentar seus resultados de forma sistematizada (BARBOZA *et al.*, 2010; GRANADOS *et al.*, 2009).

E mais, mudanças organizacionais envolvem processos educacionais constantes, incluindo a própria educação em saúde; o mapeamento de aspectos que devem ser modificados; e a realização de projetos alinhados aos referências de promoção da saúde, com ações desenvolvidas com ênfase na excelência. Tal projeto deve perpassar diversas áreas da universidade e ser avaliado para sua eficiência e eficácia a cada processo implementado; se diferenciando assim de projetos e ações pontuais (TSOUROS *et al.*, 1998; DOORIS; DOHERTY, 2006; DOORIS, 2001).

Nesse sentido, a complexidade da Promoção da Saúde deixa o processo ainda mais desafiante. Tais projetos e ações, numa UPS, devem ser intersetoriais, multi-estratégicos e sustentáveis, vinculados à promoção da equidade, do empoderamento e da participação social, com uma concepção holística do ser (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; OMS, 1998). Diante de tamanho desafio, a competência institucional ganha relevância no processo, ajudando a gerir as complexidades envolvidas, tanto dos processos quanto dos sujeitos (TSOUROS *et al.*, 1998; DOORIS; DOHERTY, 2006).

De modo a estimular que a Promoção da Saúde se torne um conceito prático, real e vivo, a Carta de Ottawa (OMS, 1986) apresenta cinco ações: reforçar ações comunitárias, desenvolver habilidades pessoais, criar ambientes favoráveis, reorientar serviços de saúde e construir políticas públicas saudáveis; e três estratégias: empoderar, mediar, e advogar em favor da saúde. Vejamos como podemos aplicar essas ações e estratégias ao nível da gestão institucional.

Acreditamos que o presente estudo já apresente um princípio de mapeamento das situações e condições existentes. Para que tal processo se torne avaliativo, é fundamental que a gestão se aproprie de tais resultados e passe a identificar outros aspectos relacionados. O gestor

deve saber que recursos estão disponíveis, quantos funcionários, quantos professores, quantos alunos, quais as condições destes sujeitos para realização de determinadas atividades, quantos recursos financeiros estão disponíveis, quais espaços podem ser usados e como, quais recursos ambientais existem, quantas áreas verdes, quantas calçadas, quantos estacionamentos, enfim, uma infinidade de itens que se comportam de forma parecida em determinado *setting* ou ambiente (DOORIS; DOHERTY, 2006).

Algumas UPS mais renomadas como a de Manchester e a de Central Lancashire apresentam registros da relevância do estabelecimento de pontos de ação e de mapeamento dos recursos disponíveis (TSOUROS *et al.*, 1998). Sabendo quais recursos utilizar, quais grupos sociais mobilizar e que formas de avaliação são viáveis, é possível planejar ações complexas o suficiente para fazerem jus à promoção da saúde (TAVARES *et al.*, 2016). Além da própria eficiência nas ações, ganha-se também possibilidades de avaliação mais apropriadas, que favoreçam a identificação dos problemas envolvidos nos processos e a visualização do todo, permitindo entender em quais pontos estão ocorrendo os possíveis problemas (TSOUROS *et al.*, 1998).

Nessa direção, além dos aspectos apontados no presente estudo, a UnB tem adotado uma estratégia de avaliação a partir da Comissão própria de avaliação, que vem buscando fornecer informações sistematicamente a respeito da instituição. Mas é necessário frisar que avaliar implica em uso dos resultados para determinado fim, geralmente fornecendo informações para a tomada de decisão (HARRIS, 1968; STUFFLEBEAM, 1968).

Em adição, dialogando com princípios de Promoção da Saúde, é importante que a avaliação busque garantir a representação das partes interessadas e afetadas pelos processos na Universidade, se afastando da abordagem “Top-Down” (ou de cima para baixo). Cientes de que uma avaliação precisa de avaliadores e de avaliados, devemos buscar fugir do estereótipo onde quem propõe e/ou avalia as políticas, ações ou até mesmo mapeia as estruturas organizacionais e sociais são os gestores ou dirigentes de alto nível; relegando aos alunos o papel de avaliados (GUBA; LINCOLN, 1989).

É nesse sentido que defendemos o empoderamento e a participação social estudantil, destacando sua relação com o emprego político da liberdade e com o desenvolvimento de consciência crítica de poder (SILVA; PELLICIONI, 2013). Consideramos fundamental que se promova o protagonismo juvenil nos processos avaliativos e decisórios em uma UPS,

fortalecendo o poder dos jovens de mudar conjunturas e cenários políticos (CANCIAN, 2014; SPOSITO; TRÁBOLA, 2016).

Como jovens tendem a se afastar da atuação política e de estruturas burocráticas, preferindo se engajar em atividades mais rápidas e dinâmicas (CANCIAN, 2014), há que se encarar este como mais um desafio a ser transposto (MARTINS; DAYRELL, 2013; BOGHOSSIAN; MINAYO, 2009). Mas a participação social pode funcionar como um propulsor de energia aumentada, muito embora não tão orientada quanto para atores políticos mais experientes. Pode ser o papel dos gestores direcionar essa energia jovem. E, no caso de estudantes universitários da área da saúde, devemos destacar o compromisso ético e político com o engajamento na construção de uma UPS.

Considerando que, no caso da UnB, os **Componentes** que tiveram respostas mais positivas estiveram ligados à qualidade do ensino e formação profissional na promoção da saúde, e que os programas e ações institucionais é que apresentaram um padrão ruim de respostas, talvez devêssemos passar a discutir, inclusive dentro do currículo, como implementar a promoção da saúde na instituição (DOORIS; DOHERTTY, 2006). Sem que haja uma gestão comprometida com a indução desses processos, respeitando os valores e princípios promotores de saúde, não será possível desenvolver uma UPS (DOORIS; DOHERTTY, 2006).

Em termos das diferenças entre Cursos e Faculdades na **Área da Gestão Institucional**, podemos destacar o melhor padrão de respostas para a Faculdade de Ciências da Saúde (embora não estatisticamente significativo) e para o curso de Saúde Coletiva. Aspectos que podem estar relacionados a esses resultados são objeto de análise mais a seguir, no tópico 7.5. Tais aspectos devem ser considerados como experiências exitosas no direcionamento da Gestão de outros Cursos e Faculdades da UnB.

6.2 Área de Comunicação e participação social

A **Área de Comunicação e Participação Social** dentro da Universidade teve a maioria das respostas como EM PARTE, com piores resultados para alunos mais velhos e pertencentes às classes econômicas menos abastadas (CDE). Cabe destacar que alunos da Faculdade de Ciências da Saúde foram os que responderam mais positivamente para esta área, com razão de chance muito maior para a resposta SIM. Além disso, alunos ingressantes nos cursos

apresentaram maior padrão de respostas SIM quando comparados aos alunos no meio e no final do curso. O **Componente Comunicação** teve mais respostas NÃO (43%) do que o **Componente Participação Social** (23%). Merece destaque a pergunta “Alguma das informações disponíveis nas estratégias de comunicação da UnB já beneficiou sua saúde?”, com 65% de respostas NÃO, indicando a necessidade de se discutir as atividades comunicacionais da UnB.

Considerando que 73% dos alunos indica a percepção de que a UnB desenvolve alguma (SIM ou EM PARTE) estratégia de comunicação voltada para a promoção da saúde, não se trata de questionar a existência dessas ações nem se a comunicação é capaz de gerar ou não promoção de saúde, mas sim, de que as ações de comunicação em saúde não estão beneficiando a saúde dos alunos. É possível que, pelo fato de serem alunos dos cursos de saúde, esses já tenham conhecimentos sobre tais informações e que as estratégias comunicacionais da UnB não agreguem nenhuma nova informação que possa beneficiar a saúde desses estudantes. Tal hipótese é reforçada quando observamos melhor desempenho da **Área de Comunicação e Participação** entre alunos ingressantes, e uma diferença significativa nos padrões de respostas por Curso, sendo o curso (e Faculdade) de Educação Física, o com piores chances de apresentar respostas positivas dentro dessa Área.

Se a comunicação com o aluno não for feita de forma adequada, muita energia e recursos podem ser gastos em vão (PINTO, 1995). Nessa perspectiva, podemos destacar a complementaridade dos dois componentes: comunicação e participação. Engajar o aluno da saúde na construção de estratégias e conteúdos para comunicar aspectos promotores de saúde pode ser uma excelente iniciativa para a UnB ampliar ambos: tanto o impacto da comunicação na saúde como a participação social.

Outros estudos apontam que é bastante comum haverem problemas na divulgação de atividades promotoras de saúde, sendo considerada uma barreira para que as iniciativas se tornem realidade (TARGINO, 2009; GOLD *et al.*, 2012; EVANS, 2006). Só que no caso, tais estudos se referem majoritariamente às estratégias de divulgação de ações e programas, indicando que, muitas vezes, as ações são comunicadas em círculos de pessoas já apropriadas dos meios de buscas destinadas a encontrar tais iniciativas (comunicando apenas dentro dos mesmos grupos). Um projeto que poderia ser extraordinariamente eficiente e agregador acaba tendo poucos participantes em virtude da comunicação ineficiente.

Muitas dificuldades de ordem prática se iniciam ao buscarmos estratégias comunicacionais mais efetivas: a cultura da *Hiper* informação e superprodutivismo (e consequentemente, um quase inevitável estresse mental) é uma delas (BAUMAN, 2001) outra é o próprio desinteresse por parte do usuário (TARGINO, 2009; GOLD *et al.*, 2012; EVANS, 2006).

Além disso, a comunicação pode ser uma etapa anterior à participação social. Para que um indivíduo se engaje na participação do planejamento ou execução dessas ações e projetos, ele precisa primeiro conhecê-los (MARTINS; DAYRELL, 2013; SPOSITO; TARÁBOLA, 2016; GRIEBLER *et al.*, 2017; CASTRO, 2008). Lembrando que o termo participação social se difere de participação como receptor passivo de uma ação ou projeto; que normalmente vem do “especialista” para o “aquele que aprende” (SPOSITO; TARÁBOLA, 2006; SILVEIRA *et al.*, 2008). Numa área com Componentes e Questões bastante equilibrados no padrão de respostas, merecem destaque: a pergunta “A UnB incentiva sua participação nas discussões e decisões da instituição?”, e a pergunta “Você tem oportunidades de opinar sobre programas ou projetos no seu departamento ou faculdade?”, com mais de 30% dos alunos respondendo que NÃO.

A participação social envolve a possibilidade de indivíduos participem da vida social, incluindo decisões e ações que os afetem diretamente ou não (SPOSITO; TARÁBOLA, 2006). Esta participação é requisito para o bem-estar dentro da sociedade e, portanto, é essencial à promoção de saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Ademais, os efeitos de aumento de sensação de participação dentro dos projetos institucionais podem trazer efeitos pessoais, como satisfação, senso de pertencimento, motivação e empoderamento; efeitos na organização institucional, efeitos nas interações e relações sociais; e efeitos em tomadores de decisão (MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012).

A maioria dos alunos afirma que a UnB é EM PARTE promotora da comunicação e participação social, e para continuar melhorando deve se espelhar no exemplo de gestões mais democráticas e participativas como as realizadas no âmbito da Faculdade de Ciências da Saúde, com destaque para o Curso de Saúde Coletiva, que chegou a ter quase quatro vezes mais chance de responder SIM, a UnB promove Saúde na Área de Comunicação e Participação Social, que o Curso de Educação Física. Incrementar a participação social pode ser uma árdua tarefa mas seus resultados conferem benefícios em promoção da saúde (WONG; ZIMMERMAN e PARKER, 2010; HANSEN, 1975).

O presente estudo expressa a percepção dos alunos sobre a situação e indica que há que se avançar na participação dos alunos na linha de frente de decisões políticas de “alta cúpula” de nos processos de avaliação. Apesar das dificuldades inerentes à abrangência da promoção da saúde, a participação social é fundamental e útil, pois potencializa os benefícios a partir das indicações e preferências dos próprios beneficiados (HANSEN, 1975; MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012).

É essencial que o aluno ganhe participação orgânica na vida política da Universidade e, nesse sentido, fala-se não só do poder do estudante, mas também do jovem. O grupo de jovens se instaura em uma sociedade como fôlego para uma nova empreitada. Os sistemas sociais futuros, preparados para enfrentar os problemas atuais serão construídos com base nesse sistema que hoje os jovens estão conhecendo e em relação aos quais podem traçar soluções. O poder jovem representa mudança, transformação. Uma nação de jovens enérgicos é voltada para a inovação e para conquistas (CASTRO, 2008).

Frente a essas qualidades advindas desse tipo de participação, as dificuldades existentes em torno da inexperiência política dos jovens podem ser supridas, desde que entendam o papel do jovem, componente de um sistema participativo composto por outros atores igualmente importantes, construtores de subjetivações que vão aos poucos se tornando realidades; e membros de um processo nos quais as redes técnicas e sociais se fundam como definidores da forma de participação, sendo componentes dessas redes: os objetivos, recursos, conhecimentos, experts, leigos, staff e eventos (MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012).).

Monitorar os processos de participação estudantil na instituição pode ser uma forma factível da gestão orientar o processo de ampliação da participação. As ações de comunicação devem nascer desses encontros participativos e equânimes em representação (COUTINHO, 2011; GRIEBLER *et al.*, 2017) e, nesse sentido, a FS vem cumprindo um importante papel, especialmente com a iniciativa Comunica FS, descrita mais a frente.

Cabe, dentro desta reflexão, porém, retomar que a participação pode ter duas funções: ela pode ser democrática ou utilitária (MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012). Quando utilitária, ela pode acabar servindo aos interesses de uma minoria, geralmente elitista e não pluralista. Não parece ser o caso da participação reportada pelos alunos na UnB, mas devemos estar atentos para que a participação não acabe apenas disfarçando o domínio. Este é um dos obstáculos impostos à participação, classificado como cinismo ou participação cínica. Outros obstáculos

podem ser a apatia, quando quem pode participar não se interessa, e o desempoderamento, quando por algum meio, se retira poder de decisão do cidadão (MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012).

6.3 Área de Ambientes saudáveis

Nessa Área, nenhum componente apresentou maioria de respostas SIM ou NÃO. Mas houve uma tendência de que alunos mais velhos, que frequentam o final do curso e os que são da Classe A foram significativamente mais críticos dentro da área. Além disso, duas questões em especial chamam nossa atenção por sua relação direta com o cotidiano universitário. Uma é que 51% dos alunos responderam que a UnB NÃO conta com salas de aula adequadas ao número e às necessidades dos estudantes. A sala de aula é o espaço que constitui parte fundamental da vida universitária e os alunos indicam que a instituição apresenta dificuldades em gerar espaços adequados para o cumprimento das aulas à altura da qualidade curricular, dos professores e dos cursos em si.

Outro aspecto bastante preocupante é que 57% dos alunos NÃO se sentem seguros dentro da UnB; um aspecto complexo que discutiremos em detalhes mais adiante. Cabe salientar a diferença nas respostas entre homens e mulheres e a associação desta à uma cultura machista que chega a resultar em feminicídio cometido por um aluno dentro do campus central (BERTONI, 2017). Nessa cultura, a mulher acaba sendo alvo de agressões mais facilmente porque é vista como mais “frágil” do que o homem; mas principalmente, por ser vista como “objeto” do homem (BORIS, 2007). Reflexo de uma sociedade violenta; mas também da ausência de estrutura física que minimize tais eventos; e de estruturas morais que devem ser reforçadas ou resignificadas nos processos de aprendizagem dentro da Universidade (MUNIZ e MACHADO, 2010; MENDONÇA FILHO; NOBRE, 2009; TSOUROS *et al.*, 1998).

Vale lembrar, dentro de toda esta complexidade, a relação direta entre Segurança e Saúde. Vale retomar também a “velha” discussão de como garantir a segurança no Campus, até porque a universidade é um espaço coletivo e recebe indivíduos da comunidade em geral. Em contraponto à percepção de que a segurança poderia ser aumentada através do aumento do policiamento, até mesmo militar, dentro do Campus (MUNIZ; MACHADO, 2010; SOUZA, 2015), apresentamos a ideia de que o maior uso coletivo, ou seja a passagem e permanência de pessoas, inibe o crime simplesmente pela diminuição de oportunidades fortuitas (CERQUEIRA; LOBÃO, 2004), gerando portanto, espaços mais saudáveis (BUSS e FILHO,

2007); numa perspectiva mais de pertencimento e participação, e menos ostensiva de poder, principalmente o poder armado.

No Brasil, o policiamento em Universidades Federais decorre de ações pontuais; tais como ações para punir o uso recreativo de drogas ilegais (PORTO, 2004; SILVA *et al.*, 2010). Numa universidade que passou por dura repressão durante o período do regime militar (de 1964 a 1988), a presença da polícia militar dentro da UnB pode ser associada à repressão de uma diversidade de comportamentos. As Universidades precisam saber como lidar com este grave problema de segurança se quiserem promover saúde (MUNIZ e MACHADO, 2010; MENDONÇA FILHO; NOBRE, 2009; TSOUROS *et al.*, 1998; SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Ainda dentro do componente **segurança**, outra questão teve maioria: 57% dos alunos respondeu que a UnB NÃO possui serviços de emergências à saúde da população acadêmica (Q.35). Isto indica uma lacuna que deve ser analisada a partir de referenciais que trazem a importância da atenção emergencial. Intercorrências médicas devem ter aporte estrutural, ainda que em conjunto com a atenção generalizada e holística que a promoção da saúde propõe (CHIESA, 2009; TSOUROS *et al.*, 1998).

Uma outra questão que deve ser discutida, dentro do componente **Ambientes inclusivos** é a Q.42, em que 38% dos alunos responderam que SIM ou EM PARTE, presenciam ou passam por alguma situação de discriminação na UnB, sendo que a frequência foi maior entre homens. Por não diferenciar entre passar ou presenciar a discriminação, tivemos dificuldade na interpretação desse dado. Presenciar a discriminação, principalmente de forma passiva, pode ser, de certa forma, interpretada como um aspecto incentivador desse comportamento. Temos relato de elevados índices de discriminação na sociedade (MENDONÇA FILHO; NOBRE, 2009), na universidade (GUIMARÃES; RIOS, 2014), em ambientes de trabalho (CUBILLOS; GALLEGOS; RENDON, 2012); principalmente em virtude cor da pele, do gênero; ou da orientação sexual. A discriminação pode pairar de forma oculta, mas em momentos se manifesta, o que não condiz com uma UPS (MONTEIRO; CECCHETTO, 2011; MENDONÇA FILHO; NOBRE, 2009).

Destacamos, por fim, que aspectos relacionados à **infraestrutura e espaços laborais** não foram discutidos por limitação de tempo para realizar as reflexões necessárias. Um breve apanhado de aspetos relacionados à promoção da saúde dos servidores é realizado mais adiante no tópico 6.7 (Limitações e contribuições do presente estudo).

6.4 Área de Estilo de Vida saudáveis

A área **Estilos de vida** foi a que mais apresentou resultados negativos (48%) em todo o questionário; e contém os únicos dois **Componentes** com maior parte de respostas NÃO: 75% dos alunos responderam que a UnB NÃO promove a Prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas; e 60% responderam que a UnB NÃO promove a Atividade Física.

Nas **Questões**, as frequências de NÃO se tornam ainda mais evidentes, onde podemos destacar: 78% dos alunos percebem que a UnB não desenvolve estratégias de prevenção ou tratamento do uso de tabaco, álcool e outras drogas; que 73% não viram ações de conscientização e 71% acham que o ambiente da UnB não desfavorece o consumo de cigarro, álcool ou outras drogas. O consumo excessivo de álcool, inclusive em ambiente universitário, é um grave problema entre jovens universitários (CAMPO, 2006; CURIOSO, 2008); independente de sexo, classe econômica, faixa etária ou período do curso.

Quanto às atividades físicas, 59% dos alunos indicam que a carga horária acadêmica NÃO possibilita sua prática regular, mostrando quão forte é a influência da rotina universitária nesse comportamento; especialmente em alunos de classes menos favorecidas economicamente. Estudos indicam que o sedentarismo pode ser relativamente alto entre universitários da América Latina (CAMPO *et al.*, 2006; PALACIO *et al.*, 2008; HERNÁNDEZ *et al.*, 2012). É óbvio o fato de que a atividade física, para além de comportamento protetor da obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis, é componente fundamental para uma vida saudável (LANGE; VIO, 2006), inclusive mentalmente (ANTUNES *et al.*, 2006).

Quanto à alimentação, merece destaque a pergunta “A alimentação servida no **Restaurante Universitário** é saudável?” com 53% de respostas SIM. Tal aspecto se torna mais relevante ao considerarmos que o restaurante universitário não é um simples restaurante; trata-se, na verdade, de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (ABREU; SPINELLI; ZANARDI, 2007). A diferença é que vários indivíduos, especialmente a população mais carente, fazem diariamente a maioria das refeições no local; precisando ter as necessidades nutricionais supridas pela instituição. Ter um serviço de alimentação e nutrição adequado à saúde da população é uma tarefa difícil, e poucas instituições prestam esse serviço com a qualidade exigida (ABREU; SPINELLI; ZANARDI, 2007; CARDOSO; SOUZA; SANTOS, 2005). Mas sua existência é essencial para garantir a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2006; ARAÚJO, 2010). No entanto, cabe ainda destaque que proporção similar de alunos percebe que

a alimentação saudável na UnB não é financeiramente acessível e que não há regulamentação para a oferta de alimentos nos pontos de venda, uma visão mais frequente entre alunos com maior tempo de curso.

Em termos dos fatores psicossociais, a pergunta “Você já utilizou algum apoio psicológico ou psicossocial da UnB?” teve 90% de respostas NÃO. Apesar da enorme maioria de alunos dizerem NÃO, a redação da questão dificulta afirmar se este é um aspecto negativo ou positivo. É difícil dizer se os alunos precisaram, mas não utilizaram os serviços ou se não precisaram dos serviços.

Considerando que 67% dos alunos identificam que a UnB promove, em alguma medida (SIM ou EM PARTE), programas ou estratégias de assistência ou apoio psicossocial aos estudantes, não sabemos se ocorre uma desvalorização da atenção psicológica ou uma ineficiência em divulgar os serviços oferecidos de forma adequada pela Universidade (REIS, FERNANDES; GOMES, 2010; PERES; SANTOS; COELHO, 2003). Nesse sentido destacamos as condições estressantes de prazos apertados, alta exigência e competitividade da vida universitária, e a falta de algumas estruturas de apoio, especialmente quando o aluno não é natural da cidade em que reside para estudar, além das pressões naturais do período de entrada na vida adulta (REIS, FERNANDES; GOMES, 2010; CARVALHO, 2007). Índices de depressão são elevados na faixa etária estudada (ORTEGA; BARROS; CANTERO, 2011) e hoje o Brasil apresenta altos índices de suicídio entre jovens (MACHADO; SANTOS, 2015).

Nessa Área, destacamos que as questões tratam do que a instituição faz para melhorar os estilos de vida dos alunos, não se tratando de perguntas sobre os hábitos de vida. Nesse sentido, é importante diferenciar ações preventivas, com foco na redução de danos, comportamentos de risco, e centradas na perspectiva autoritária, prescritiva e proibitiva; de ações efetivamente promotoras de saúde. Enquanto uma corrente culpabiliza o indivíduo e naturaliza condições de vida, a outra busca criticar comportamentos de saúde relacionados a detinos de vida e condições sociais. Dizer isso não se trata de negar que o sedentarismo, a má alimentação ou o uso de drogas possam ser prejudiciais à saúde; mas que estes comportamentos fazem parte de um todo social ligado a condições socioeconômicas, local de nascimento, entre outras variáveis. Uma UPS precisa discutir tais questões frente à perspectiva de qualidade de vida e bem-estar; ligada ao prazer e livre engajamento (ORTEGA; BARROS; CANTERO, 2011; GONZÁLEZ-ZAPATA *et al.*, 2013; CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; BRASIL, 2014; VARGAS, 2006).

A partir dessa perspectiva crítica, é importante discutir se há apenas uma forma de ser saudável; o papel da instituição na promoção da saúde e o papel da educação e do empoderamento do sujeito para que ele tome as rédeas de seus comportamentos (SAVIANI, 2004). Nesse sentido, torna-se mais complexo discutir os comportamentos idealizados em saúde. Por exemplo: colocar mais uma atividade em dias já repletos, estressantes e cansativos (parte do cotidiano da universidade), pode resultar em uma situação crônica de estresse e fadiga (GONZÁLEZ-ZAPATA *et al.*, 2013). No caso da alimentação, há que se discutir os processos de gestão envolvidos como oferta, preços e qualidade dos produtos (PADILLA-BERNAL; PEREZ-VEYNA, 2008), incluindo aspectos de incentivo fiscal e estratégias mercadológicas que encarecem produtos considerados mais saudáveis, como integrais e orgânicos (SOUSA *et al.*, 2012).

A situação fica ainda mais delicada quando passamos às questões do uso de drogas. Não há como negar que o uso excessivo de drogas (lícitas ou ilícitas) possuem efeitos negativos no corpo humano (PARANHOS; GARRAFA; MELO, 2015). No entanto, mesmo numa perspectiva utilitarista, usar drogas poderia ser justificado se, para o indivíduo, aquele comportamento o fizesse algum bem (PARANHOS; GARRAFA; MELO, 2015; BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; VARGAS, 2006). Contrapondo a visão proibicionista e criminalizadora que domina o cenário contemporâneo apoiada nos efeitos deletérios aos sistemas biológicos (MACHADO; BOARINI, 2013; PARANHOS; GARRAFA; MELO, 2015), temos a ideia de uso recreativo das drogas, que ocorre como componente de ludicidade. Assim, a UPS deveria problematizar com o aluno sobre as razões para não usar drogas, ajudando as pessoas a manterem a vitalidade evitando os vícios que podem decorrer do uso de drogas (BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

Não devemos entender que a universidade deva permitir o uso de drogas, mas também não podemos dizer que a Universidade deve se alinhar à vertente moral do proibicionismo e combater o uso de drogas com todas as forças. Há que reconhecer o prazer e o livre arbítrio, além do alívio de algum sofrimento (VARGAS, 2006; BUCHELE; COELHO; LINDNER, 2009), mas também os processos de fuga da realidade e a busca por ajuda que podem estar presentes nesses comportamentos, muitas vezes ligados a estados mentais patológicos e ao vício (MACHADO; MOURA; ALMEIDA, 2015).

Não obstante, é importante reconhecer a elevada frequência de uso dessas substâncias entre universitários; com presença de policonsumo em até 15% dessa população (ZÁRATE *et*

al., 2006), com a peculiaridade de que alunos de medicina são os que mostram o perfil mais propenso para o uso de álcool, tabaco e drogas (ZÁRATE *et al.*, 2006; NOBREGA *et al.*, 2012; HERNÁNDEZ *et al.*, 2012; PÉREZ *et al.*, 2012, CORBANI, 2009). Tal aspecto nos faz considerar o papel das cobranças, do estresse acadêmico ou mesmo das longas horas de estudo no aumento do uso de drogas como paliativo ou alívio de tensão (PÉREZ *et al.*, 2012; ORTEGA; BARROS; CANTERO, 2011; CAMPO *et al.*, 2006).

Isto sinaliza que, entre a perspectiva proibitiva e a da contenção de danos, a universidade acaba não conseguindo prevenir ou diminuir o uso de drogas e, na verdade, pode funcionar como item motivador para tal comportamento. Prestar atenção na questão, ainda que seja na perspectiva de uma discussão sobre a abordagem da proibição ou não, torna-se uma tarefa essencial para uma instituição que queira tornar-se promotora de saúde (TSOUROS *et al.*, 1998).

A questão principal passa a ser como lidar com tudo isto. As complexidades envolvidas nessas questões apontam que a “expertise” e a competência administrativa devem estar aliadas à promoção de saúde (LANGE; VIO, 2006; DOORIS; DOHERTY, 2006), criando a necessidade de excelência na condução de tal processo. A Universidade deve desenvolver uma maneira de operacionalizar soluções para a questão, sem desconsiderar que essa se relaciona com todo o sistema de ensino e a cultura amplamente difundida no mundo moderno (MAIO e SANTOS, 2015; TAVARES *et al.*, 2016). Um primeiro passo foi dado em relação a mapear onde está sendo o problema (TSOUROS *et al.*, 1998): alunos apontam que o ambiente da UnB estimula o consumo de drogas (lícitas e ilícitas), muito provavelmente pelo contato com os pares, a necessidade de aceitação, a vontade de experimentar, e a possibilidade de acesso (MARQUES, 2000; SANCHEZ, 2010). Em adição, não são ofertadas na UnB condições satisfatórias para a atividade física, alimentação e apoio psicossocial.

É relevante que a universidade, de forma colaborativa, desenvolva estratégias para deixar o cotidiano do aluno menos estressante e mais aberto para atividades recreativas, talvez reduzindo o número de tarefas e cobranças (GONZÁLEZ-ZAPATA *et al.*, 2013; ORTEGA, BARROS; CANTERO, 2011). O fortalecimento e a valorização da prática de atividades físicas (CARVALHO e NOGUEIRA, 2016) e do espaço comensal, ou seja, do espaço e do momento em que se fazem as refeições em conjunto (PEDROSO, SOUSA e SALES, 2011; GORGULHO; MARCHIONI, 2011), podem contribuir para o bem-estar geral e, assim, acabar

influenciando outros comportamentos, sem que se adote uma postura preventivista e que culpabiliza o indivíduo.

6.5 Diferenças entre Cursos e Faculdades

As diferenças nos resultados entre cursos e faculdades foram notáveis, principalmente após ajustadas as variáveis confundidoras de sexo, classe econômica, faixa etária e período do curso. Nas quatro **Áreas**, podemos perceber claramente uma tendência dos Cursos de Educação Física, Medicina e Enfermagem apresentarem maiores quantidades de percepções negativas que os outros cursos, sendo estas diferenças estatisticamente significativas para Comunicação e Participação Social e Estilos de vida. Há que se destacar também maiores quantidades de percepções positivas dentro do Curso de Saúde Coletiva, estatisticamente significantes nas quatro áreas. Outros cursos com melhores desempenhos em Comunicação e Participação Social e Estilos de vida foram Ciências Farmacêuticas e Odontologia.

Tais resultados se reproduzem também quando avaliamos as **Áreas** pelas Faculdades. Como a Faculdade de Ciências da Saúde engloba os cursos com maiores quantidades de alunos com percepções mais positivas, acabou mantendo essas diferenças nas quatro áreas, sendo estatisticamente significativa para Comunicação e Participação Social e Estilos de vida.

Buscando identificar a influência das Questões nas diferenças encontradas na **Área de Gestão Institucional**, podemos destacar diferenças significativas nos seguintes padrões de respostas: apenas 10% dos alunos da Faculdade de Medicina indicam que SIM, o projeto pedagógico do curso formaliza a ênfase no bem-estar e no desenvolvimento integral dos estudantes quando comparado a >30% dos alunos das Faculdades de Educação Física e de Ciências da Saúde; menos alunos da Faculdade de Medicina indicam que o ensino na UnB possui qualidade, possibilita criticidade, além fomentar níveis de excelência; e mais alunos da Faculdade de Medicina indicam que a carga horária de ensino, pesquisa e extensão na UnB não são adequadas e não favorecem a promoção da saúde; quando comparados às outras duas Faculdades. Isto deve ser refletido com precaução em virtude da grande quantidade de alunos iniciantes presentes na Faculdade de Medicina e, portanto, desconhecedores de algumas iniciativas e sistemáticas existentes na própria faculdade. Neste sentido, a proporção de alunos iniciantes pode ter influenciado as respostas em virtude de desconhecimento do que ocorre na própria faculdade, por parte dos alunos.

Não obstante, os alunos da Faculdade de Medicina foram os que menos responderam NÃO à pergunta “A faculdade possui alguma política institucional que fomente o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade acadêmica?”, e os alunos da Faculdade de Ciências da Saúde foram os que mais responderam não a essa questão, podendo indicar uma maior criticidade desses alunos quanto a esse aspecto. Este padrão se repetiu na pergunta “A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para estudantes?”. Ainda assim, estas duas questões fogem à regra, de modo que a FS, no geral, respondeu mais positivamente às questões.

Destacamos ainda que os alunos da Faculdade de Educação Física foram os que menos responderam que o clima psicológico da UnB não é adequado à saúde; mas foram os que mais responderam que a UnB não desenvolve ações de promoção da saúde através de vínculos com a comunidade externa; e que não participaram de aulas ou projetos de promoção da saúde realizados com vínculos entre a UnB e outras instituições externas.

Buscando identificar a influência das Questões nas diferenças encontradas na **Área de Comunicação e Participação Social**, temos que a Faculdade de Educação Física apresentou percepções mais negativas em termos da UnB não desenvolver estratégias de comunicação voltada para a promoção da saúde; das informações disponíveis nas estratégias de comunicação não beneficiarem sua saúde; de a comunidade acadêmica não participar do desenvolvimento de estratégias e programas de promoção da Saúde na UnB ; e de a UnB NÃO apoiar iniciativas de alunos relacionadas à promoção de saúde. Em contrapartida, alunos da Faculdade de Medicina foram os que mais afirmaram não ser fácil acessar informações referentes à promoção da saúde na UnB.

Torna-se relevante aqui discutir a questão de que existe uma lacuna na participação social e comunicação diagnosticadas por este estudo nas faculdades de Educação Física, e Faculdade de Medicina. Acreditamos que tal diferença na percepção dos alunos tenha relação com as posturas de gestão das Faculdades e com os processos no interior das mesmas. Conforme discutiremos mais adiante, a Faculdade de Ciências da Saúde desenvolve um programa de promoção de saúde que conta com estratégias específicas de participação e comunicação; entre outras o COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde. Tal estratégia amplia o rol de instrumentos com os quais os alunos podem operar, participando e tendo noção, por meio da transparência, dos processos ocorridos na faculdade (COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde, 2016).. Os mecanismos de participação devem ser claros, de modo a

possibilitar não só a sensação real de participação mas a efetiva e real influência e voz no meio acadêmico (SPOSITO; TARÁBOLA, 2006).

Buscando identificar a influência das Questões nas diferenças encontradas na **Área de Ambientes Saudáveis**, temos que alunos da Faculdade de Educação Física tem uma melhor percepção do ambiente, tanto em relação à salas de aula; espaços de socialização e lazer; e clima psicológico; mas percebem como pior as questões de política institucional de inclusão e ambientes acessíveis para pessoas com necessidades especiais. Tais aspectos refletem a realidade pois a Faculdade de Educação Física tem amplos espaços físicos, mas não dispõe de acessibilidade, havendo muitas escadas em seu espaço, além de pavimentação que deixa a desejar, o que prejudica o acesso físico de pessoas com necessidades especiais. Destacamos ainda as piores percepções dos alunos da Faculdade de Medicina quanto às salas de aula NÃO serem adequadas ao número e às necessidades dos estudantes; ao clima psicológico da UnB NÃO ser saudável; e por presenciar ou passar por situações de discriminação na UnB.

Por fim, quanto a influência das **Questões** nas diferenças encontradas na **Área de Estilos de Vida**, alunos da Faculdade de Medicina percebem de forma mais positiva a UnB como promotora de programas ou estratégias de assistência ou apoio psicossocial aos estudantes; e foram os que mais consideraram que a alimentação saudável na UnB é financeiramente acessível, muito provavelmente em função de serem da classe econômica mais abastada; mas foram os que mais indicaram que a UnB não desenvolve estratégias de promoção da atividade física para estudantes. Já os alunos da Faculdade de Educação Física foram os que mais perceberam mais negativamente a UnB como não desenvolvidora de estratégias visando a promoção da saúde sexual e reprodutiva; perceberam mais negativamente a oferta de alimentos saudáveis dentro da UnB, assim como a acessibilidade financeira; além disso, estes alunos perceberam de forma mais negativa existência de estratégias de prevenção ou tratamento, ou conscientização quanto ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas na UnB.

Os melhores resultados em todas as Áreas e na maioria das Questões obtidos pela Faculdade de Ciências da Saúde podem, ao menos em parte, ser atribuído aos esforços que a gestão vem fazendo para transformá-la numa unidade Promotora de Saúde através de um projeto institucional chamado “Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde”. Esta iniciativa é única na Universidade, e foi oficializada em 2014 com a realização do I Seminário Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde, realizado nos dias 2 e 3 de dezembro de 2014. Nessa oportunidade, figuras de expressivo reconhecimento no movimento Latino

Americano de UPS (como Maria Constanza Granados Mendonza, da Pontificia Universidad Javeriana, Colômbia; e Ana Martinez Perez, da Universidad de las Américas, Equador) estiveram juntos com professores, servidores e alunos para discutir os rumos da Faculdade de Ciências da Saúde.

O II Seminário “Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde” realizado em 2016 deu seguimento às discussões e fortalecimento das iniciativas, com um importante passo na consolidação institucional do movimento. A Faculdade de Ciências da Saúde passa a compor oficialmente a Rede Ibero-Americana de UPS, recebendo das mãos do Sr Hiram Arroyo, da Universidade de Porto Rico o certificado de UPS. Atualmente a Faculdade de Ciências da Saúde possui inúmeros projetos ou ações que são desenvolvidas no intuito de tornar o ambiente, o estilo de vida, a comunicação, a participação e a gestão mais promotores de saúde. Alguns exemplos são:

- O estímulo à conscientização e participação dos alunos através de um painel colocado na entrada da Faculdade com a pergunta “Para você o que é uma universidade saudável?” (Figura 9), trabalhando também com a escuta sensível. Como não poderia deixar de ser, desde o início do programa houve uma consulta ao público da Faculdade em relação a aspectos desejáveis para a convivência da comunidade no espaço disponível.

- A recriação dos espaços físicos para uso dos alunos, incluindo uso de materiais reciclados para compor sofás e áreas comuns (Figura 10) em que os alunos pudessem se sentar para estudar, descansar ou para refletir no ambiente da Faculdade

- A instalação do Ponto de Encontro Comunitário Dr.Elioenai Dornelles Alves em frente à Faculdade de Ciências da Saúde (Figura 10) para proporcionar mais uma oportunidade para a prática de atividades físicas e, como diz o nome do espaço, para o encontro entre pessoas que sejam não só da faculdade como de toda Universidade e até mesmo de fora dela (UnB, 2017).

- A finalização de um contrato de serviço com a cantina que servia lanches não saudáveis e se recusou a mudar o cardápio; e a criação, no lugar, do espaço Cora Coralina (Figura 10), que visa gerar uma área de convívio mais benéfico e, como indica o nome da poetisa brasileira, a possibilidade de encontro e um espaço para relaxamento e reflexão (COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde, 2016). Este processo reformulou hábitos dos estudantes, fazendo com que estes ora trouxessem alimentos frescos prontos de casa, ora

buscassem cantinas próximas, já que a ideia não é dificultar o consumo de alimentos não saudáveis, mas reforçar uma filosofia e um ideal a ser seguido.

– “Plante um Livro no Jardim da Faculdade de Ciências da Saúde; a leitura alimenta a alma” (Figura 10), promovendo a possibilidade de compartilhamento de conhecimento e senso de pertencimento a uma comunidade que possibilita pensar no outro e valorizar a cultura erudita. O projeto constitui-se como uma oportunidade para alunos conhecerem novos livros e trocarem informações. Existem vários armários dispostos pela Faculdade em que se pode colocar livros e retirá-los no momento em que for conveniente (COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde, 2016).

– A inserção de um enorme painel artístico, produzido por um aluno, no auditório da Faculdade de Ciências da Saúde representando as diversas faces da saúde (Figura 11) que, somada a muitas outras obras presentes na estrutura da Faculdade, torna o ambiente mais elaborado esteticamente e mais inserido em uma perspectiva de conscientização quanto a Promoção da Saúde.

– O “Comunica FS” (Figura 12), uma iniciativa que reuniu alunos e profissionais em torno de um jornal eletrônico e impresso, desenvolvido com a participação desses personagens. O “Comunica Faculdade de Ciências da Saúde” surge não só da ideia de repassar informações sobre o que está sendo feito na Universidade, o que já seria algo inerente a uma adequada gestão. A Comunica Faculdade de Ciências da Saúde abre espaço para atuação dos alunos, interagindo com a gestão e com aspectos inerentes à transmissão de informações e processos de tomada de decisões políticas (COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde, 2016).

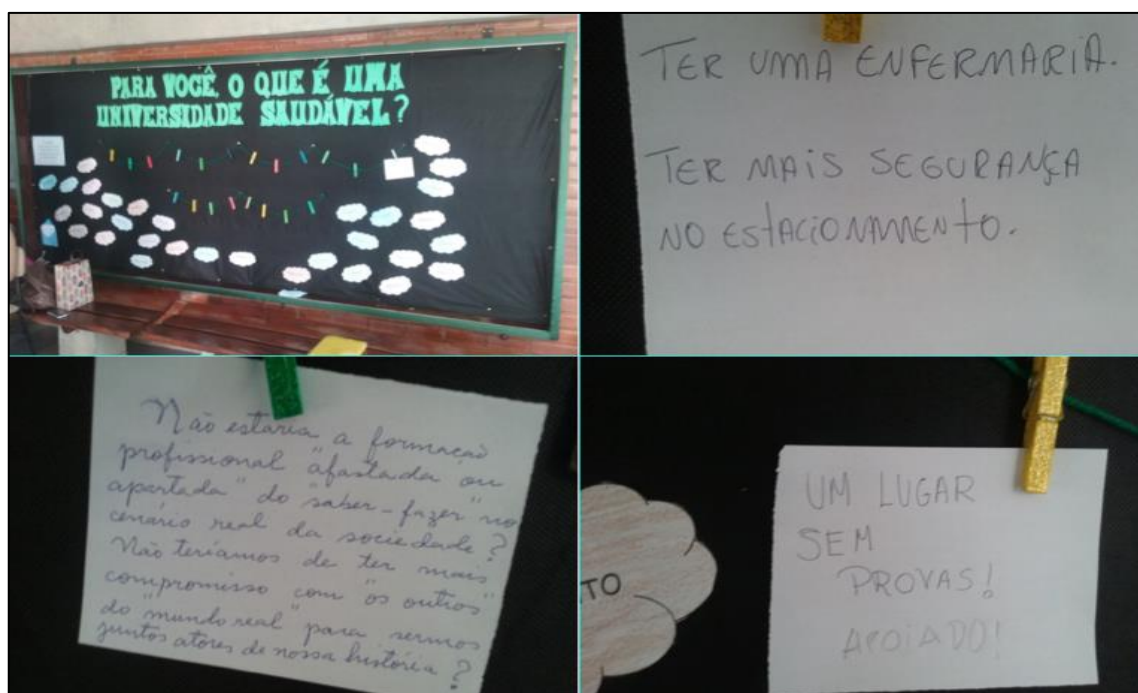
– Alterações de nomes de auditórios, que foram “rebatizados” e agora recebem os nomes “Democracia e Liberdade”; “Cuidado e Humanidade” e “Força da Saúde” (COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde, 2016).

– A distribuição de frases ligadas à princípios da Promoção da Saúde espalhadas pela Faculdade (Figura 12).

– Abertura a movimentos reacionários ligados à defesa dos direitos da mulher após o assassinato da estudante da biologia Louise Ribeiro por seu namorado, também aluno da UnB, dentro das dependências da UnB - com a parceria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES/SAS/MS), do Departamento de Apoio a Gestão Participativa (DAGEP/SGEP/MS) do Ministério da Saúde –

visando combate à violência dentro da Universidade com inclusão regular de notas de conscientização no site da Faculdade de Ciências da Saúde (Figura 12).

Figura 9 - Respostas dos alunos afixadas no Mural colocado na entrada da Faculdade de Ciências da Saúde do Campus Darcy Ribeiro no primeiro semestre de 2016.



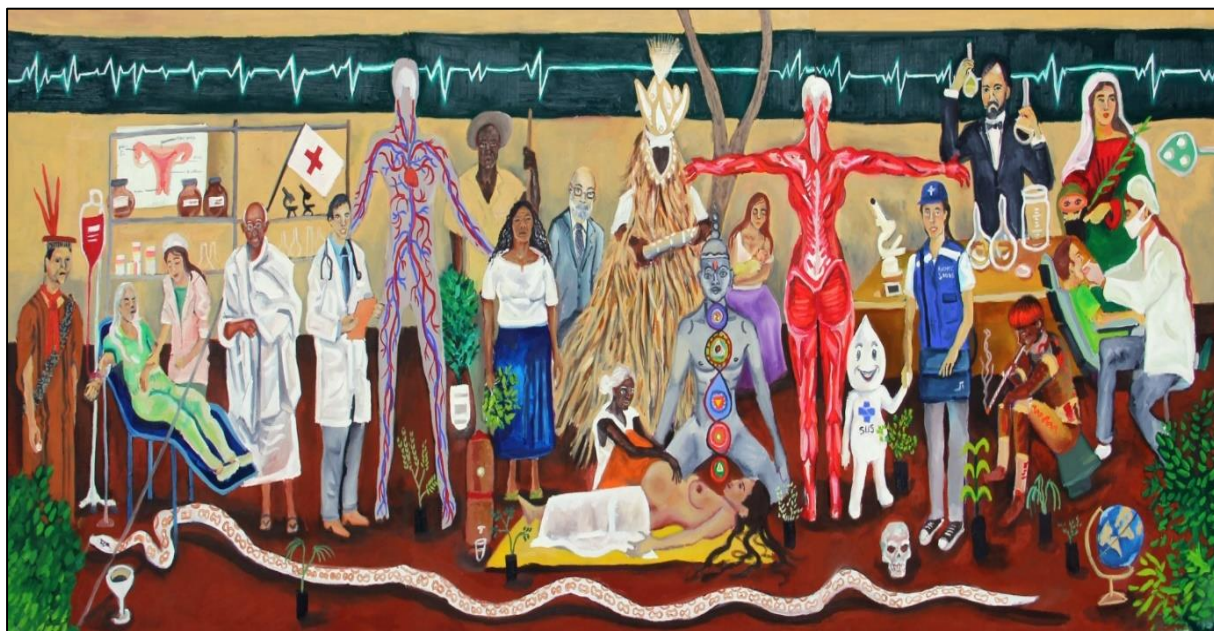
Fonte: autor.

Figura 10- Iniciativas existentes na FS Promotora de Saúde. Uso de materiais reciclados (quadrante esquerdo-superior), espaço comunitário Dr. Elioenai Dornelles Alves (quadrante direito-superior), espaço coletivo Cora Coralina (quadrante esquerdo-inferior) e o projeto plante um livro no seu jardim (quadrante direito-inferior).



Fonte: autor.

Figura 11 - Quadro pintado pelo aluno Tiago Botelho em um auditório da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília intitulado Forças da Saúde, 2015.



Fonte: BOTELHO, 2015.

Figura 12 -Espaço físico destinado à Promoção de saúde. Frases espalhadas pela Faculdade (parte superior), defesa em relação ao ideário de defesa da mulher (quadrante esquerdo-inferior) e o espaço Comunica FS (quadrante direito-inferior).



Fonte: autor.

Todos estes projetos aqui citados não são apenas ações pontuais. Existe a vontade da direção e de alguns professores integrantes da Faculdade de que o projeto se estabeleça como contínuo e duradouro, conforme prega um dos princípios da Promoção da Saúde, a sustentabilidade (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Em adição essa iniciativa se alinha com a recriação dos espaços (ou *settings*) para proporcionar um ambiente mais adequado à Promoção da Saúde (DOORIS; DOHERTY, 2006).

Os resultados do presente estudo indicam para um caminho positivo da Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde em relação a seu impacto na percepção dos alunos sobre a realidade promotora de saúde na UnB. Nosso estudo não se trata de um estudo antes e depois e, portanto, não podemos falar de causa e efeito; nem avaliou o impacto na vida dos estudantes. Mas é necessário pensar que a Promoção de saúde possui em sua essência uma dinamicidade. Quando um primeiro passo é dado na direção da promoção da saúde, tantos outros se desencadeiam, “acordando” e sensibilizando indivíduos para que estes percebam o que está sendo feito e passem a atuar no sentido de melhorar ainda mais os processos. Como uma bola de neve, o ambiente vai se transformando e as iniciativas futuras se tornam cada vez mais rápidas, fáceis e prósperas (TSOUROS *et al.*, 1998). Quando se tem disposição para dar este primeiro passo, realizar a utopia de promover a saúde começa a se tornar possível.

Retomando o olhar ampliado sobre a UnB, é importante também registrar algumas iniciativas na esfera da gestão central, tais como: normativas com referências diretas ao termo Promoção da Saúde como no Relatório de auto avaliação institucional de 2015 (UnB 2016) e o Plano de Desenvolvimento Institucional 2014-2017 (UnB, 2014); oportunidades e auxílios a alunos em condição de vulnerabilidade (UnB, 2017); editais de fomento ao esporte e lazer (DEA, 2017); projetos de extensão que possibilitam o acesso da comunidade, em particular grupos marginalizados, assim como atendimento integral a necessidades dos mais diversos grupos envolvidos e a existência de uma Diretoria de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida, cuidando de políticas neste sentido (UNB, 2011). No entanto, como dito previamente, não existe um projeto com escopo promotor de saúde unificando toda a instituição. Tal iniciativa ainda se encontra isolada na Faculdade de Ciências da Saúde.

Uma aproximação da UnB com a promoção da saúde cria condições para que mais projetos promotores de saúde se instaurem nas variadas Faculdades e Departamentos. Nesse caso, propõe-se que a gestão central considere o projeto que está sendo realizado na Faculdade de Ciências da Saúde pois há indícios de que esse esteja efetivamente modificando a percepção

dos alunos sobre o tema. Considerando que algumas universidades brasileiras integram a RIUPS desde 2009, e que pouco foi desenvolvido desde então, é de extrema relevância dar visibilidade ao que a UnB vem fazendo na direção de se tornar uma UPS.

Embora utilizando um modelo de avaliação de UPS desenvolvido na realidade da América Latina (REDUPS, 2013), há uma enorme dificuldade em termos de comparação dos resultados com outros estudos: seja pelas diferenças metodológicas; seja pela própria inexistência de tais publicações. Tentamos a seguir, reduzir um pouco dessa lacuna.

6.6 Limitações e Contribuições do presente estudo

Existem diversas limitações no presente estudo tais como: não abranger todos os cursos da grande área da saúde, não considerar as percepções de alunos de outros cursos nem de outros campi, não contemplar outras populações da comunidade universitária, dentre outros. Além disso, podemos destacar a dificuldade de obter a participação dos alunos na pesquisa. É comum a desmotivação para a participação e o engajamento entre jovens por diversos motivos, tais como: pouco incentivo ao comportamento participativo; acomodação, de modo a apenas aceitar o que está sendo feito; e sensação de ser ignorado, ao identificar que sua opinião acaba não fazendo diferença (MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012; MARTINS; DAYRELL, 2013; SPOSITO; TARÁBOLA, 2016).

Mecanismos para aumentar a participação devem observar as possibilidades reais de ação dos sujeitos, e não fictícias. Dentro disto, este trabalho se propõe a fazer uma devolutiva deste material para os alunos. Para tanto, pensamos em desenvolver um relatório executivo. Posteriormente, as formas de disseminar o trabalho podem variar, incluindo os canais de comunicação oficiais ou não (como comunica Faculdade de Ciências da Saúde e facebook e murais espalhados pela UnB) . Uma estratégia que será utilizada será divulgar a defesa dessa dissertação em grupos de Facebook dos cursos de Educação Física, Medicina, Saúde Coletiva, Enfermagem, Ciências Farmacêuticas, Nutrição e Odontologia.

Uma outra decisão limitante, tomada em função do fator tempo, foi não discutir as questões relativas à saúde de professores e funcionários, incluindo-se aí os espaços laborais. A nosso ver, tais questões seriam discutidas com mais propriedade se pudéssemos contar com a percepção dos próprios servidores, ampliando sobremaneira o entendimento sobre tais aspectos na UnB. Não obstante, merece destaque que a maioria dos alunos percebem que a UnB não promove saúde em diversos desses aspectos da vida dos servidores e professores ou que não

desenvolve programas de saúde e qualidade de vida. Por mais que estas respostas tenham sido influenciadas por um quantitativo grande de alunos ingressantes, tais aspectos devem ser mais explorados em outros estudos; principalmente sabendo das condições de insalubridade e adoecimentos presentes no ambiente competitivo da universidade, onde o desmonte do Estado convive com a cobrança por eficiência produtiva nas políticas relativas às Universidades (GEHRING-JUNIOR e SOARES, 2003); inclusive na realidade de professores da UnB, mais especificamente da Faculdade de Educação Física (LEITE, 2016).

Além desta questão, existe a limitação imposta pelo próprio instrumento de pesquisa adotado. Ele foi elaborado com base em guia para uso por parte de gestores e, portanto, perde bastante de suas possibilidades analíticas quando utilizado por alunos, visto que algumas perguntas exigem um conhecimento mais fino do que ocorre na Universidade, a análise acaba não informando tudo o que poderia, afinal de contas, os alunos simplesmente não conhecem o que está sendo perguntado.

Dado este fato, mesmo considerando que não existe instrumento perfeito para se mapear a realidade (NUTBEAM, 1998), destaca-se que estas lacunas devem ser supridas em posteriores estudos, como a exploração do assunto trabalho, já que a análise dos processos envolvendo servidores a partir da percepção do estudante ficou comprometida, dada a unilateralidade de ponto de vista obtido.

A dissolução destas questões causa uma dificuldade em função da pouca quantidade de estudos propondo instrumentos e realizando avaliações mais complexas em promoção da saúde. Nessa direção acredita-se que foi dado um passo importante neste estudo ao utilizar um instrumento que abrange de forma integrada, quatro grandes áreas de ação, permitindo fazer recomendações bastante específicas no tópico das considerações finais, além das constantes na discussão do trabalho.

Complementando esta discussão, métodos únicos não são apropriados para analisar a promoção de saúde pois produzem conclusões limitadas. Métodos realísticos poderiam ser úteis se bem aplicados ao valorizar a experiência do avaliador. E os métodos mistos, que envolvem mais de um método, são eficientes para avaliação de promoção da saúde, especialmente na perspectiva de avaliação de quarta geração (KAUR e RAJESH, 2015). Mas dentro de cada método existem incontáveis instrumentos de pesquisa. A escolha do instrumento mais

adequado, portanto, não se torna uma tarefa fácil e demanda expertise do avaliador (THOROGOOD; COOMBES, 2010; SMITH e ORY, 2014; KAUR; RAJESH, 2015).

Outra complexidade envolvida no processo de avaliação; em especial se tratando de promoção da saúde é que, quando distribuídos em grandes Áreas, o instrumento não apresentou sensibilidade para identificar prevalências ou diferenças significativas para a maioria das variáveis analisadas; mas quando distribuídos em componentes e questões pudemos identificar diversas disparidades e tendências. E não se trata somente de alguns indicadores, mas de vários; e também não se trata de usar todos os dados para sumarização de uma resposta, pois cada resposta é importante.

O potencial de promoção de saúde não pode ser definido em uma “nota”. Há que se destacar os inúmeros inputs sistemáticos e as diversas formas de saída do sistema (CRESWELL; PLANO CLARK, 2007; POMMIE, MARIE-RENÉE; DIDIER, 2010). Tirar conclusões a respeito da Promoção de Saúde se faz impossível se não houver a noção do que se está querendo alcançar e os subsídios de análise reais disponíveis para estas conclusões (THOROGOOD; COOMBES, 2010).

Considerando a própria avaliação como um constructo complexo, que busca retirar significados úteis de um determinado resultado obtido, mas incapaz de apreender a totalidade dos fenômenos, experimentamos a complexidade envolvida na escolha do instrumento de avaliação, na representatividade dos dados obtidos e, nas conclusões (parciais e subjetivas, uma vez que envolvem o olhar e as decisões de quem avalia) envolvidas nas avaliações (THOROGOOD; COOMBES, 2010; GUBA; LINCOLN, 1989; KUSMA; MOYSES; MOYSES, 2012).

Em adição, a formulação de algumas questões deixaram de explorar aspectos mais aprofundados com relação a assuntos importantes, como foi o caso de saber se alunos não usam ou não precisam do apoio psicossocial da UnB; e se os alunos passam ou presenciam discriminação; restringindo as reflexões a respeito desses assuntos. E mais, o presente estudo não se propôs a analisar a características das políticas, propostas, projetos e ações, quando existentes, em termos dos princípios e diretrizes de promoção da saúde. É possível que muitos desses, embora existentes na UnB, tenham características predominantemente preventivistas, não alcançando o ideário da promoção da saúde.

Há que se destacar que avaliar em promoção da saúde significa adotar um compromisso ético com seus princípios norteadores. Ao contemplar a participação social como aspecto central da promoção, precisamos garantir os indivíduos afetados pelas avaliações sejam empoderados e possam planejar e decidir sobre as ações necessárias para promover as mudanças desejadas. Nessa perspectiva, gostaríamos de registrar a existência do que vem sendo chamado de “avaliação de quarta geração”; uma metodologia que nos inspirou (embora não tenhamos conseguido realizá-la) e deve nortear futuros trabalhos sobre o tema (HEIDMANN *et al.*, 2006; GUBA; LINCOLN, 1989; KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012, POTVIN, BILODEAU; GENDRON, 2008).

Mesmo não podendo garantir, buscaremos divulgar ao máximo os resultados da presente pesquisa para que ela sirva de subsídio para alunos, professores e gestores das Faculdades envolvidas, mas também que possa ser utilizada como uma experiência piloto pela UnB e até, por outras Universidades Latino Americanas. Nessa direção gostaríamos de ressaltar o objetivo alcançado de dar visibilidade à percepção do aluno num processo de avaliação da instituição, uma atividade creditada normalmente aos gestores. E de contemplar uma grande quantidade de itens mostrando um panorama da UnB a partir de uma perspectiva participativa. Além de discutir essas questões à luz de referenciais mais complexos como a promoção da saúde (DOORIS, 2013) e os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2014).

Busca-se dar visibilidade ao aluno para que ele se sinta parte do processo; principalmente na área da gestão; onde foram mais evidentes as respostas positivas e onde justamente o aluno deve estar inserido, participando dos processos de forma real (DOORIS, 2013; MARENT; FORSTER; NOWAK, 2012). Além disso, o indivíduo pode achar a tarefa participativa árdua e desafiadora. Neste ponto, entra o comodismo. Muito mais fácil seria se manter à sombra do que buscar algumas formas de participação. É nesse ponto que a alta gestão deve pensar em prover meios simples e diretos de participação, para que burocracias não sirvam de barreiras à participação (WISNER; ADAMS, 2002; MARRENT; FORSTER; NOWAK, 2012). E, apesar deste estudo considerar a opinião dos alunos um ponto fundamental para a análise de uma UPS, é importante destacar que políticas de promoção da saúde devem ser elaboradas e avaliadas com a participação de todos os grupos e não só por uma população específica.

Mas pudemos perceber com a experiência da Faculdade de Ciências da Saúde que a escuta sensível realizada com os mais diversos públicos da Universidade, além de garantir uma

melhor oferta de serviços, incrementa níveis de participação e saúde dos próprios usuários. A sensação de ser ouvido está relacionada com quanto os indivíduos dentro de instituições promotoras de saúde se sentem acolhidos e isso passa segurança, base para a participação social e o incremento de níveis de saúde mental e, portanto, saúde como um todo (TSOUROS *et al.*, 1998; DOORIS; DOHERTY, 2006). Iniciativas como esta devem ser mais constantes pois as dificuldades relacionadas à participação são muitas. Dar voz ao aluno é só o primeiro passo, pois uma avaliação de quarta geração, possibilitaria a participação de todos, de forma equânime e empoderada, desde os processos iniciais de pactuação e construção dos critérios e objetivos da avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989; TSOUROS *et al.*, 1998).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS (CONCLUSÕES)

O presente estudo possibilitou enxergar que os alunos da saúde do Campus Darcy Ribeiro, a UnB percebem a Promoção de Saúde na instituição em uma situação moderada. Isto indica, por um lado, um longo trabalho a ser realizado, principalmente em alguns indicadores específicos, expandindo a perspectiva promotora de saúde já identificada na Faculdade de Ciências da Saúde para toda a Universidade e, por outro, a existência de uma energia propulsora em forma de recursos e atividades promotoras de saúde que já existem e já estão fazendo efeito, possibilitando que a UnB tenha uma experiência onde se espelhar para se tornar uma UPS.

Pensando no que mais aproxima a UnB da Promoção de Saúde, para os alunos, a área que mais mostrou avanços positivos foi a área de Gestão institucional através dos componentes Aspectos Curriculares e Vínculos com o meio. A questão que mais recebeu respostas positivas foi “O seu curso na UnB possui conteúdo relacionado à Promoção de Saúde?”. Em contrapartida, a lacuna mais facilmente identificável em relação à Promoção de Saúde no olhar dos alunos, encontra-se na área com mais respostas negativas, a de Estilos de Vida, com os componentes Fatores psicossociais, Atividade física e Prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas tendo as percepções mais negativas. Nesse quesito chama a atenção que todas as questões relativas ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas.

No processo de construção de uma UPS é importantíssimo considerar as populações mais vulneráveis, assim como as populações que são mais críticas em relação à instituição, gerando a necessidade de futuras investigações em relação aos motivos do aumento de

criticidade. As análises mostram que, de forma geral: o sexo feminino; a classe CDE; o concluinte; e a faixa etária adulta são fatores relacionados a percepções mais negativas dos aspectos promotores de saúde como um todo. Discussões relacionadas a gênero e Determinantes Sociais da Saúde se fazem importantes neste sentido, além da importância de colocar em questão o que gerou um olhar mais negativo por parte do aluno concluinte.

Poder observar o comportamento das respostas por Cursos e Faculdades possibilitou também desvelar avanços e lacunas específicas para cada realidade. No geral, pode-se identificar que a Faculdade de Ciências da Saúde foi analisada mais positivamente, seja por uma visão diferenciada dos alunos que convivem neste espaço, seja por influência as iniciativas ocorridas dentro da mesma, e se apontam aqui aspectos preocupantes na realidade da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Educação Física. Dentro dos cursos, há que se destacar o padrão diferenciado positivamente da Saúde Coletiva, único curso noturno avaliado pelo estudo. Longe de se pretender conclusivo, os resultados apresentados despertam a curiosidade para saber mais sobre os aspectos que podem estar por trás das diferenças encontradas.

Além disto, este trabalho mostra que a participação e a percepção dos alunos, população muitas vezes deixada de lado no processo avaliativo, são importantes no processo de identificação das lacunas dentro da Universidade. Até porque os principais esforços da universidade, inclusive de muitas de suas ações, são direcionados aos próprios alunos. A despeito de todas as dificuldades encontradas, acreditamos que tenhamos cumprido com os objetivos propostos tentando manter sempre a mente aberta para a complexidade das questões aqui abarcadas. E, por fim, reiteramos o compromisso ético de tentar fazer deste um processo avaliativo, que tenha implicações práticas na vida da comunidade acadêmica, e que fortaleça as iniciativas exitosas dessa comunidade. Convidamos outros pesquisadores a se dedicar a este tema apaixonante e desafiador, utilizando-se de métodos mais avançados e contemplando novas possibilidades investigativas através de outros atores-chave, favorecendo a construção do conhecimento complexo sobre UPS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, E. S; SPINELLI, M. G. N; ZANARDI, A. M. P. **Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer**. São Paulo: Metha, 2007.400 p.

ABREU, M.; SIQUEIRA, A.; CAIAFFA, W. **Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos**. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 1, p. 183-194, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

AKERMAN, M. *et al.* **Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável"**.Rev. de Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.5, p. 638-646, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2016.

ANTUNES, H. et al. **Exercício físico e função cognitiva: uma revisão**. Rev Bras Med Esporte, Niterói, v. 12, n. 2, p. 108-114, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. **Páginas de salud pública**. Salud Pública de México, Cuernavaca, v.40, n.3, p.304-306, 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636341998000300013>. Acesso em: 16 jun. 2017.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). **Critério de Classificação Social Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

BACELLAR, A.; ROCHA, J.; FLOR, M. **Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível**. Rev. NUFEN, São Paulo , v. 4, n. 1, p. 127-140, jun. 2012 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2017.

BARBOZA, V. *et al.* **Una propuesta de abordaje de la promoción de la salud a partir de la experiencia de trabajo en la universidad de costa rica**, Actualidades investigativas em educação, San José, v. 10, p. 1-23, 2010. Disponível em: < <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/10154>>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

BARRY, M. M. *et al.* **The CompHP Project Handbooks**. Paris: International Union for Health Promotion and Education (IUHPE), 2008. Disponível em: < http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/450/CompHP_Project_Handbooks.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BARTON, G. **Health Promotion Settings – an Opportunity to Improve Health. In: Health Promotion Forum of New Zealand, 2014, Auckland**. Fórum...Auckland: HPF, 2014. 16 p. Disponível em: < <http://www.hauora.co.nz/assets/files/Occasional%20Papers/Health%20Promotion%20Forum%20G%20Barton.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. 1º ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 2001. 258 p.

BULLA, F.; VILLATE, G.; ZÁRATE, M. **Hacia la creación del programa Universidad promotora de la salud desde la alimentación y nutrición en la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá**. Rev. de la Facultad de Medicina, Bogotá, v. 59, n.1, p. 67-76, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112011000500008&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BERTALANFFY, L. V. **Teoria geral dos sistemas**. Tradução Francisco M. Guimarães. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1977. 351p.

BERTONI, G. **Frieza marca depoimento de condenado por morte de Louise Ribeiro**. Disponível em: < <http://www.leffa.pro.br/textos/abnt.htm#5.9>>. Acesso em: 03 de Ago. de 2017.

BOGHOSSIAN, C. O.; MINAYO, M. C. S. **Revisão sistemática sobre juventude e participação nos últimos 10 anos**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 18, n.

3, p. 411-423, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29611>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BORIS, G.; CESIDIO, M. **Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade**. Rev. Mal-Estar Subj., Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 451-478, set. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

BORON, A. A. **Democracia y movimientos sociales en America Latina**. Rev. em Pauta, Rio de Janeiro, n. 19, p.27-37, 2007. Disponível em: <<http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/2065>>. Acesso em: 01 Ago. 2017.

BOTELHO, T. **Quadro Forças da Saúde**. Pintura realizada na Faculdade de ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Disponível em: <http://tiagobotelho.org/?fluxus_portfolio=forcas-da-saude>. Acesso em: 24 jul. 2015.

BOURDIEU, P. **Capítulo III: A gênese dos conceitos de habitus e de campo**. In: _____. **O poder simbólico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. p.59-73.

BOURDIEU, Pierre. **Homo academicus**. Stanford, Stanford University Press, 1988.

BRASIL. ANDIFES. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras**. Brasília: Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), 2011. 110 p.

BRASIL. ANDIFES. Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior: Relatório Final da Pesquisa**. Brasília: Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), 2004. 89p.

BRASIL. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007. 76 p.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência/Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: CORDE, 1992.

BRASIL. Lei 8082, 26 de outubro de 1992. **Dá denominação a delegacia de polícia situada em Alfredo Marcondes**. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo. 1992. 2 p.

BRASIL. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União. 2003. 26 p.

BRASIL. Lei Federal nº 6.938, 02 de setembro de 1981. **Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União. 1981. 23 p.

BRASIL. Lei n.8.080, 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União. 1990. 28 p.

BRASIL. Lei nº 11.346, 15 de setembro de 2006. **Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. 28 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de humanização: A humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 687, 30 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 39 p.

BRASIL. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Orientações para a implantação dos núcleos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.8 p.

BRETAS, J. R.; PEREIRA, S. R. **Projeto de extensão universitária: um espaço para formação profissional e promoção da saúde**. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v.5, n. 2, p. 367-380, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462007000200008>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. **A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas**. Ciênc. saúde coletiva., v.14, n.1, p.267-273, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232009000100033&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jun. 2017.

BUSS, P. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

BUSS, P.; FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

CABRERA, A. *et al.* **Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios**, Rev. Cubana de Salud Publica, Havana, v. 39, n. 1, p.161-174, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v39n1/spu15113.pdf>>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

CAMPO, J. *et al.* **Niveles de la presión arterial y de estrés psicosocial en estudiantes de la Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia, 2003-2004**.

Colombia Médica, Cali, v. 37, n. Suplemento 1, p. 21-25, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165795342006000500004&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2015.

CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006, 871 p.

CANCIAN, R. **Juventude e participação política: considerações sobre a militância estudantil nos anos 1970**. Lutas Sociais: São Paulo, v.18 n.32, p.203-215, 2014. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25703>>. Acesso em 19 jun. 2017.

CARDOSO, R. C. V.; SOUZA, E. V. A.; SANTOS, P. Q. **Unidades de alimentação e nutrição nos campi da Universidade Federal da Bahia: um estudo sob a perspectiva do alimento seguro**. Rev. de Nutrição, Campinas, v.18, n.5, p. 669-680, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732005000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2017.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J., A., D. **Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601829&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Ago. 2017.

CARVALHO, I. S. **Clima psicológico como preditor da saúde e do bem-estar de profissionais de saúde em contexto hospitalar**. Psicologia, Lisboa, v.21, n.1, p.27-58, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v21_n1/v21n1a03.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2017.

CASTIEL, L. D.; POVOA, E. C. **Medicina Baseada em Evidências: "novo paradigma assistencial e pedagógico"?**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.6, n. 11, p. 117-121, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 jul. 2016.

CASTRO, D. **Programas de promoção de la salud en los lugares de Trabajo: El caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia.** 132 f. 2014. Dissertação (Mestrado em enfermagem), Departamento de Enfermagem, Universidad Nacional de Colômbia, Bogotá, 2014.

CASTRO, L. R. **Participação política e juventude: do mal-estar à responsabilização frente ao destino comum.** Rev. Sociologia e Política, Curitiba, v.16, n.30, p.253-268, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4782008000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CERQUEIRA, D.; LOBAO, W. **Determinantes da criminalidade: arcabouços teóricos e resultados empíricos.** Dados, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 233-269, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582004000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

CHERRYL, M.; D’AFFITTI, J. **Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential.** American Journal of Public Health, Nova York, v. 93, n. 4, p. 557–574, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12660197>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

CHIESA, A. et al. **A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1352-1357, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Ago. 2017.

COMUNICA Faculdade de Ciências da Saúde. **Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde destaca ações da “Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde”.** Universidade de Brasília-Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 20 maio 2016. Comunica Faculdade de Ciências da Saúde, vídeos. Disponível em: <<http://fs.unb.br/?portfolio=diretora-da-fs-destaca-acoes-da-fs-promotora-de-saude>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

CONTINI, M., L. **Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 20, n. 2, p. 46-59, 2000

. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

CORBANI, N. M. S.; BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. A. **Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?**. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.62, n.3, p.349-354, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

COUTINHO, M. C.; DIOGO, M. F.; JOAQUIM, E. D. P. **Cotidiano e saúde de servidores vinculados ao setor de manutenção em uma universidade pública**. Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.36, n.124, p.227-237. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572011000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 out. 2015.

CRESWELL J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and conducting mixed methods research**. 2 th. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007, 488 p.

CUBILLOS, C.; GALLEGO, L.; RENDON, L. **Discriminação e violência de genero na universidade de caldas**. Hacia promoc. Salud [online], Manizales, vol.17, n.1, p.59-76, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=658640&indexSearch=ID>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

CURIOSO, W. *et al.* **Entrenando a la nueva generación de estudiantes en salud global en una universidad Peruana**. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, Lima, v. 25, n. 3, p. 269-73, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v25n3/a02v25n3.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017

CUTIVA, L...; MUÑOZ, A. **Salud vocal de docentes universitarios y condiciones acústicas en una universidad pública en Bogotá**. Salud de los trabajadores, Maracay, v. 17, n.2, p. 97-105, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382009000200003>. Acesso em: 19 jun. 2017

DEL CONT, V. **Francis Galton: eugenia e hereditariedade**. *Scientiae studia*, São Paulo, v.6, n.2, p.201-218, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662008000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016. .

DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. **Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (grasi) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência**. *Rev. latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 85-90, outubro 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000500013&script=sci_abstract>. Acesso em: 19 jun. 2017.

Diretoria de Esporte e Lazer da UnB (DEA). **Editais de Esporte e Lazer 2017**. Disponível em: <http://www.dea.unb.br/pagina-inicial/editais-de-esporte-e-lazer-2017>. Acesso em: 04 ago. 2017.

DOORIS, M. **Expert voices for change: bridging the silos—towards healthy and sustainable settings for the 21st century**. *Health Place*, Oxford. v. 20, n. 39–50, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23376729>>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

DOORIS, M. Health promoting settings: future directions. **Health Promotion and Education**, v. 13, n. 1, p.2-4, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16969996>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

DOORIS, M. The **“Health Promoting University”**: a critical exploration of theory and practice. *Health Education*, v. 101, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.csun.edu/~alliance/Wellness_Coreteam/Documents/The%20Health%20Promoting%20University%20%20A%20Critical%20Exploration%20of%20Theory%20and%20Practice.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2017.

DOORIS, M.; DOHERTY, S. **The healthy settings approach: the growing interest within colleges and universities**. *Education and Health*, Exeter, v. 24, n.3, 2006. Disponível em: <<http://sheu.org.uk/sites/sheu.org.uk/files/imagepicker/1/eh243sdmd.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

DOORIS, M.; WILLS, J.; NEWTON, J. **Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities**. *Scandinavian Journal of Public Health*, Washington, v.42, n. 15, p. 7–16, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25416568> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

DOVEY-PEARCE, G.; DOHERTY, Y.; MAY, C. **The influence of diabetes upon adolescent and young adult development: A qualitative study**. *British Journal of Health Psychology*, Inglaterra, v. 12, n. 1, p. 75-91, fev 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17288667> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

EVANS, W. D. **How Social Marketing Works in Health Care**. *British Medical Journal*, Londres, v.332, n.7551, p.1207–1210, 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463924/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

FAERSTEIN, E. *et al.* **Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos**. *Rev. brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 454-466, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/12> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

FERNANDES, M. *et al.* **Universidade e a extensão universitária: a visão dos moradores das comunidades circunvizinhas**. *Educ. rev.*, Belo Horizonte, v. 28, n. 4, p. 169-194, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

FERTMAN, C. I.; ALLENSWORTH, D. D. **Health Promotion Programs: from theory to practice**, São Francisco: Jossey-Bass, 2010. 480 p.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. **Modelos aplicados às atividades de educação em saúde**. *Rev. brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

FIRMINO, R. *et al.* **Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB**. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, 2010. Disponível em:

<<https://www.scienceopen.com/document?vid=7046dc62-c41b-4066-bce8-d21cb0161047>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

FRAGELLI, T. B. O.; SHIMIZU, H. E. **Competências profissionais em Saúde Pública: conceitos, origens, abordagens e aplicações**. Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 65, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a17v65n4.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

FRANCA, J.; COSTA, N. Plano Brasil sem Miséria: a frágil receita disponível dos municípios de Minas Gerais para a proposta de custeio da Atenção Básica. Physis, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1229-1255, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Set. 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 92 p.

GALEANO, D.; TROTTA, L.; SPINELLI, H. **Juan César García y el movimiento latino-americano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida**. Salud colectiva, Lanús, v. 7, n. 3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400002>. Acesso em: 19 jun. 2017.

GEHRING-JUNIOR, G.; SOARES, S.; CORREA-FILHO, H. **Serviços de Saúde do Trabalhador: a co-gestão em universidade pública**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 1, p. 98-110, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

GOIS-JUNIOR, E.; LOVISOLO, H. R. **A educação física e concepções higienistas sobre raça: uma reinterpretação histórica da educação física brasileira dos anos de 1930**. Rev. Portuguesa de Ciências do Desporto, Porto, v. 5, n. 3, p. 322-328, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232005000300008>. Acesso em: 19 jun. 2017.

GOLD, J. *et al.* **Developing Health Promotion Interventions on Social Networking Sites: Recommendations from The FaceSpace Project**. Journal of Medical

Internet Research, Toronto, v.14, n.1, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22374589>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

GONZÁLEZ-ZAPATA, L. I. *et al.* **Metabolic syndrome in healthcare personnel at the University of Antioquia-Colombia; LATINMETS study.** Nutrición Hospitalaria, Madri, v. 28, n.2, p.522-531, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23822707>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

GOODSTAT, M. S. *et al.* **Evaluación en la promoción de la salud: síntesis y recomendaciones. In: Organización Panamericana de la Salud (OMS).** Evaluación de la Promoción de la salud: Principios y perspectivas. Washington D.C: OPS, 2007. p. 485-500.

GORGULHO, B. M.; LIPI, M.; MARCHIONI, D. M. L. **Qualidade nutricional das refeições servidas em uma unidade de alimentação e nutrição de uma indústria da região metropolitana de São Paulo.** Rev. de Nutrição, Campinas, v. 24, n. 3, p.463-472, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GORIN, S. S. *et al.* **Health Promotion in Practice.** 1. ed.São Francisco: Jossey-Bass, 2006 p.

GRANADOS, M. *et al.* **La Pontificia Universidad Javeriana como un escenario para la promoción de la salud,** Univ. Med. Bogotá, v. 50, n.2, p. 184-193, 2009. Disponível em:http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/Biblioteca/Documentos%20REDCUPS/La_Pontificia_como_un_escenario.pdf. Acesso em: 31 Jul. 2017.

GRÄSER S., HESSE, J., HARTMANN, T. **The international development of health promoting universities.** Prävention und Gesundheitsförderung; Zeitschriften, v.5, n. 3, p. 179-184, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/238468754_The_international_development_of_health_promoting_universities>. Acesso em: 19 jun. 2017.

GRIEBLER, U. *et al.* **Effects of student participation in school health promotion: a systematic review.** Health promotion international, Inglaterra, v.32, n.2,

p.195-206, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24395957>>
Acesso em: 14 jun. 2017.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury Park: Sage Publications Inc., 1989. 296 p.

GUERREIRO, R. S. **ONU: um balanço possível**. Estudos avançados, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 129-137, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141995000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

GUIMARÃES, R. et al . **Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1407-1416, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

GUIMARÃES, A.; RIOS, F. **Cotas nas universidades públicas**. Afro-Ásia, Salvador , n. 50, p. 251-256, 2014 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0002-05912014000200251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

HADDAD, A. *et al.* **Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde**. Rev. brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 03-04, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

HANSEN, S. B. **Participation, Political Structure, and Concurrence**. The American Political Science Review, v.69, n.4, p.1181-1199, 1975. Disponível em: < https://www.jstor.org/stable/1955280?seq=1#page_scan_tab_contents> Acesso em: 14 jun. 2017.

HARRIS, W. **The Nature and Function of Educational Evaluations**. Peabody Journal of Education, Peabody, v. 156, p. 95-99, 1968. Disponível em: <

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01619566809537594?journalCode=hpje20>>
. Acesso em: 19 jun. 2017.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções.** Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v.15 p.352-8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2017.

HERNÁNDEZ, G. R. *et al.* **Características del policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de pregrado de carreras de ciencias de la salud de una universidad, Santiago - Chile.** Texto contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. especial, p. 34-40, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072012000500004&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 15 nov. 2015.

Instituto Nacional de Educação Profissional (INEP). **Censo da educação superior 2012: resumo técnico.** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Brasília, 2014. 133 p.

JUDD, J.; FRANKISH, C.; MOULTON, G. **Setting standards in the evaluation of community-based health promotion programmes – a unifying approach.** Health Promotion International, Oxford, v.16, n.4, p.367-380, 2001. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11733455> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

KANTORSKI, L. P. *et al.* **Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental.** Interface – Comunicação e saúde, Botucatu, v.13, n.31, p.343-355, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:01 abr. 2017.

KATZ, C. S. Sobre a Declaração Universal dos Direitos Humanos: notas iniciais de um psicanalista. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.13-30, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-5665200800020002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

KERSTENETZKY, C. L. **Welfare state e desenvolvimento**. Dados, Rio de Janeiro, v.54, n.1, p.129-156, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152582011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

KAUR, M. S. P.; RAJESH, K. **Evaluating the Performance of Health Promotion Interventions**. The Indian Journal of Medical Research, v. 142, n.2, p. 109–112, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4613431/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

KUSMA, S. Z.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. **Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, supl. p. s9-s19, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012001300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

LABONTE, R. **Health promotion and empowerment: practice and framework**. Toronto: Centre for health promotion, 1993.103 p.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians : a working document**. Ottawa : Ministry of Supply and Services Canada, April 1974. [Consult. 20-09-2010].Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf. CESSO EM 08 Ago. 2017.

LANGE, I.;VIO, F. **Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior**. OMS, 1º ed., Santiago, 2006, 50 p.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976. 744p.

LEVINSON, D. J. **A conception of adult development**. American Psychologist, Washington, v. 41, n.1, p.3–13, 1986. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5e75/2a77fb59cc48e9eea4b1ef4c53056b0f140e.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

LEITE, A. **Saúde relacionada ao contexto de trabalho, ao autocuidado apoiado e ao cuidar de si em professores universitários de educação física**. 2016.148 f.

Dissertação (mestrado em educação física)-Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília. 2016.

LIMA, K. **O Programa Reuni e os desafios para a formação profissional em Serviço Social**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 258-267, 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141449802013000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

LORDÊLO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. **Avaliação educacional: desatando e reatando nós**. Salvador: EDUFBA, 2009. 349 p.

MACHADO, C. S.; MOURA, T. M.; ALMEIDA, R. J. **Estudantes de Medicina e as Drogas: Evidências de um Grave Problema**. Rev. Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.159-167, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0159.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. **Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MACHADO, D.; SANTOS, D. **Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012**. J. bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro , v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20852015000100045&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

MACIEL, D. A. S. **Políticas Públicas E Democratização Educacional: Acesso e Permanência no Ensino Superior através do Programa Reuni**. 2014. 121p. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

MAINEGRA, A. *et al.* **Festival recreativo educativo en salud: una experiencia de promoción de salud en la universidad de la habana**. In: Memorias Convención Internacional de Salud Pública- Cuba Salud, 2012, La Habana. ISBN 978-959-212-811-8. Disponível em:

<<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/1600/661> >. Acesso em: 21 jun. 2017.

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. **Política de cotas raciais, os "olhos da sociedade" e os usos da antropologia: o caso do vestibular da Universidade de Brasília (UnB)**. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, v. 11, n. 23, p. 181-214. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MARENT, B.; FORSTER, R.; NOWAK, P. **Theorizing participation in health promotion: A literature review**. Social Theory and Health, Basingstoke, v. 10, n. 2, p. 188-207, 2012. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1057/sth.2012.2>> Acesso em: 14 de Junho de 2017.

MARQUES, A.; CRUZ, M. **O adolescente e o uso de drogas**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000060009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

MARTINI, M; SQUILLANTE, G.; ESPINOZA C. **Condiciones de trabajo y salud de una universidad venezolana**. Salud pública de México, Cuernavaca, v.44, n.5, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000500005 >. Acesso em: 19 jun. 2017.

MARTINS, F; DAYRELL, J. **Juventude e Participação: o grêmio estudantil como espaço educativo**. Educação e Realidade, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. 1267-1282, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/edreal/v38n4/14.pdf> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

MATTA, G. C. **A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia**. Trabalho, educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462005000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2017.

MATTOS, R. A. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde**. Interface Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl.

1, p. 771-780, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 maio 2016.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. **The health-promoting university and changes in professional training**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.14, n.34, p.683-692, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300017>. Acesso em:28 ago. 2016.

MENDES, I. A. C. **Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.447-448, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2016.

MENDONÇA FILHO, M.; NOBRE, M. T. (orgs). **Política e afetividade: narrativas e trajetórias de pesquisa**. Salvador: EDUFBA; São Cristóvão: EDUFES, 2009. 368 p. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/3w52w/pdf/mendonca-9788523208974.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

MENICUCCI, T. M. G. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700021>. Acesso em: 19 jun. 2017.

MIGLIEVICH-RIBEIRO, A. **Darcy Ribeiro e UnB: intelectuais, projeto e missão**. Ensaio: aval.pol.públ.Educ., Rio de Janeiro , v. 25, n. 96, p. 585-608, 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362017000300585&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

MIOT, H. **Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais**. J. vasc. bras., Porto Alegre , v. 10, n. 4, p. 275-278, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492011000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **O Programa Institucional sobre Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz.** Anais da Academia Brasileira de Ciências, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 279-288, 1999. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=234518&indexSearch=ID> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

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

MONTEIRO, S.; CECCHETTO, F. **Discriminação, cor/raça e masculinidade no âmbito da saúde: contribuições da pesquisa social.** In: GOMES, R., org. Saúde do homem em debate [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 129-144, 2011. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-653328>>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo.** Tradução de Eliane Lisboa. 4. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011. 120p.

MUNIZ, J. O.; MACHADO, E. **Polícia para quem precisa de polícia: contribuições aos estudos sobre policiamento.** Caderno CRH, Salvador, v.23, n.60, p. 437-447, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010349792010000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

MYERS, D. J.; DIETZ, H. A. **Capital City Politics in Latin America: Democratization and Empowerment.** Boulder: Lynne Rienner, 2002. 408p.

NERI, M. **A nova classe média: O lado Brilhante dos Pobres.** Rio de Janeiro: FGV/CPS, 2010. 149p.

NEWTON, J.; DOORIS, M.; WILLS, J. **Healthy universities: an example of a wholesystem health-promoting setting.** Global Health Promotion, Londres, v. 23, n. 1 supol, p. 57-65, 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27199018>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

NUTBEAM, D. **Evaluating Health Promotion—Progress, Problems and solutions**. Health Promotion International, Oxford, v. 13, n. 1, p. 27–44, 1998. Disponível em: < <https://academic.oup.com/heapro/article/13/1/27/724501/Evaluating-Health-Promotion-Progress-Problems-and>>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

OLIVEIRA, H., M.; GONCALVES, M., J. **Educação em Saúde: uma experiência transformadora**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

OLIVEIRA, J. **Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 03-12, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

OLIVEIRA, L. **Ditadura militar, tortura e história: a "vitória simbólica" dos vencidos**. Rev. Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 26, n. 75, p. 07-25, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092011000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

Organização Mundial De Saúde (OMS). 1946. **Constitution of the World Health Organization. Basic Documents**. OMS, Genebra, 1946. 20 p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Bangkok charter for health promotion in the a globalized world**. Globalheart, Oxford, v.1, n. 4, p.331-332, 2005. Disponível em: <[http://www.globalheart-journal.com/article/S1573-2088\(06\)00009-2/abstract](http://www.globalheart-journal.com/article/S1573-2088(06)00009-2/abstract)>. Acesso em: 12 jul. 2016.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Edmonton Charter for Health Promoting Universities and institutions of Higher Education**. OMS, Alberta: OMS, 2006. 4p. Disponível em: < http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2005_Edmonton_Charter_HPU.pdf >. Acesso em: 21 jun. 2017.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas**. Washington: OMS, 2007. p.29-57.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade**. OMS, Geneva: World Health Organization, 2014.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Health Promoting universities Project: criteria and strategies for a new WHO European Network: report on a WHO round table meeting, Lancaster**. OMS, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997. 8p.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation**. OMS. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. 8p.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Health Promotion: A discussion Document on the Concept and Principles**: Summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion. OMS, Copenhagen, 9-13 July 1984. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1984. 5p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century**. Rev. Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, Washington, v. 3, n.1, p. 58-61, 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v3n1/3n1a9.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Milestones in Health Promotion: statements from Global Conferences**. OMS, Geneva,, 2009. 42p.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Okanagan Charter: an International Charter for Health Promoting Universities and Colleges**. In: International Conference on Health Promoting Universities and Colleges/ VII International Congress, 2015, Kelowna. Disponível em: <<http://internationalhealthycampuses2015.sites.olt.ubc.ca/files/2016/01/Okanagan-Charter-January13v2.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Ottawa Charter for Health Promotion**. Canadian Journal of public health. OMS, Ottawa, v.77, n.6, p.425-30, 1986. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3580992>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Primary health care: Report of the International conference on primary health care.** OMS, Alma-Ata, URSS, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization, 1978. 80p.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Working for health: an introduction to the World Health Organization.** OMS, Genebra: World Health Organization, 2007. 21p.

Organização Mundial De Saúde (OMS). **Young people's health- A challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"**. OMS, Genebra, 1986. 117p.

ORTEGA, R. F. F.; BARROS, A. C.; CANTERO, O. H. **Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública(Colombia).** *Psicologia desde al Caribe*, Barranquilla, n. 27, p. 40-60, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n27/n27a03.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. **O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição.** *Saúde sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500205&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 jun. 2017.

PADILLA-BERNAL, L.; PÉREZ-VEYNA, O. **El consumidor potencial de durazno (Prunus persica) orgánico en Zacatecas, Aguascalientes y San Luis Potosí.** *Agrociencia*, Potosí, v. 42, n. 3, p. 379-389, 2008. Disponível em: < http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-31952008000300012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal.** *Rev. Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2017.

PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?.** *Rev. saúde pública*, São Paulo, v. 32, n.4, p. 299-

316, 1998. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101998000400001&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 19 jun. 2017.

PARANHOS, F.; GARRAFA, V.; MELO, R. **Estudo crítico do princípio de benefício e dano**. Rev. Bioética, Brasília, v. 23, n. 1, p. 12-19, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PEDROSO, C. G. T.; SOUSA, A. A.; SALLES, R. K. **Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado**. Ciência em saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p.1155-1162, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PEREIRA, É.; TEIXEIRA, C.; SANTOS, A. **Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação**. Rev. Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 241-250, june 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/45895>>. Acesso em: 06 aug. 2017.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A.; COELHO, H. M. B. **Atendimento psicológico a estudantes universitários: considerações acerca de uma experiência em clínica-escola**. Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas, v. 20, n. 3, p. 47-57, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

PÉREZ, F. B. *et al.* **Policonsumo Simultáneo de Drogas en estudiantes de pregrado del Área de la Salud de una Universidad, San Salvador – El Salvador**. Texto e Contexto- Enfermagem, Florianópolis, v. 21, n. especial, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072012000500007&script=sci_arttext >. Acesso em: 15 jun. 2017.

PETERS, G. **Habitus, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu**. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 28, n. 83, p. 47-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092013000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

PINTO, J., M., R. **A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar.** Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , n. 8-9, p. 77-96, 1995 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1995000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

POMMIER, J., MARIE-RENÉE, G.; DIDIER, J. **Evaluation of Health Promotion in Schools: A Realistic Evaluation Approach Using Mixed Methods.** BMC Public Health, Londres, v. 10, n. 43, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2824736/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PORTO, M. S. G. **Polícia e violência: representações sociais de elites policiais do Distrito Federal.** São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v.18, n.1, p.132-141, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

POTVIN, L.; BILODEAU A.; GENDRON S. **Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé.** International Union for Health Promotion and Education, França, v.15:17–21, 2008. Disponível em: < <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1025382308093991>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

PRAÇA, S.; NORONHA, L. **Políticas públicas e a descentralização legislativa da Assembleia Constituinte Brasileira, 1987-1988.** Rev. Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 27, n.78, p.131-147, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-69092012000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 jun. 2017.

PUTTINI, R., F.; JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. **Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização.** Physis: Rev. de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004>. Acesso em: 19 jun. 2017.

RASHDALL, H. **Relation of Studium Generale to Universitas**. In: _____. The Universities of Europe in the Middle Ages. 1. ed. Nova Iork: Cambridge University Press, 1985. p.17-18.

REDUPS. Red Nacional de Universidades Promotoras de Salud. **Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud**. [S.I.]: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013. 34p.

REIS, A. L. P. P.; FERNANDES, S. P.; GOMES, A. F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000400004>. Acesso em: 12 jun. 2017.

RIBEIRO, I. L.; MEDEIROS-JUNIOR, A. **Graduação Em Saúde, Uma Reflexão Sobre Ensino-Aprendizado**. Trabalho, Educação e saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 33-53, 2016. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462016000100033&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jun. 2017.

ROCHA, E. **Universidades Promotoras de Saúde [2]**. Rev. Portuguesa de Cardiologia, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 29-35, 2008. Disponível em: <<http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/886.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

ROCHA, R. **A avaliação da implementação de políticas públicas a partir da perspectiva neo-institucional: avanços e validade**. Cadernos EBAPE.BR, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 01-12, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167939512004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2017.

RODRÍGUEZ, A. **Modelo de promoción de la salud, con énfasis en actividad física, para una comunidad estudiantil universitaria**. Rev. salud pública, Bogotá, v. 5, n. 3, p. 284-300, 2003. Disponível em: < <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18417>>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. 2º ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 224 p.

ROJAS, A.; LA CRUZ, E. **La promoción de la Salud y la formación del docente en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador: Instituto Pedagógico de Miranda José Manuel Siso Martínez.** Rev. de Investigación, Caracas, v. 36, n. 76, p. 11-34, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142012000200002>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SANCHEZ, Z. et al . **O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, p. 699-708, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2017.

SANTOS J. **Filosofia da Educação Médica: interpretação da *práxis*.** Rev.. Brasileira de educação médica, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 82-6, 1986. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=38756&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SANTOS, J.; WESTPHAL, M. **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade.** Estudos avançados, São Paulo, v.13, n.35, p.71-88, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340141999000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SANTOS, L.; LEMOS, S. **Construção do conceito de promoção da saúde: comparação entre estudantes ingressantes e concluintes de Fonoaudiologia.** Rev. soc. bras. fonoaudiol., São Paulo , v. 16, n. 3, p. 245-251, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342011000300003>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

SANTOS, N. R. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200019>. Acesso em: 19 jun. 2017.

SATO, E. **A agenda internacional depois da Guerra Fria: novos temas e novas percepções**. Rev. Brasileira política internacional, Brasília, v. 43, n. 1, p. 138-169, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-73292000000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SAVIANI, D. **O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil: perspectiva histórica**. Paidéia (Ribeirão Preto), v.14, n.28, p.113-124, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2004000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do Consumidor**. 6º. ed. LTC, Rio de Janeiro, 2000, 492p.

SETTON, M., G. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea**. Rev. Bras. Educ., Rio de Janeiro , n. 20, p. 60-70, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Jun. 2017.

SEVERINO, A. J. Educação e universidade: conhecimento e construção da cidadania. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p . 117, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/15.pdf> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.7, n.12, p.101-22, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

SILVA , A. *et al.* **O lúdico como estratégia de promoção da saúde: integrando universidade e crianças de comunidades ribeirinhas e rurais**. ExtraMuros- Rev. de Extensão da Univasf, Petrolina, v. 3, n. 1, 2015. Disponível em: < www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/678/396>. Acesso em: 31 Jul. 2017.

SILVA, E.; PELICIONI, M. **Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 563-572, 2013 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

SILVA, F. L. **Universidade: a idéia e a história**. Estudos avançados, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 191-202, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142006000100013 >. Acesso em: 19 jun. 2017.

SILVA, S. G. **Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher**. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v.30, n.3, p. 556-571, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SILVEIRA, A. F. *et al.* **Cidadania e participação social**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. 230 p.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. **Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/09.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2017.

SMITH, M. L.; ORY, M. G. **Measuring Success: Evaluation Article Types for the Public Health Education and Promotion Section of Frontiers in Public Health**. Frontiers Public Health, Suíça, v.2, n.111, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4131424/>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

SOUSA, A. *et al.* **Alimentos orgânicos e saúde humana: estudo sobre as controvérsias**. Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 31, n. 6, p. 513-517, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1020-498920120006 00010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2017.

SOUZA, E.; GRUNDY, E. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1, 354-1360, 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 jun. 2016.

SOUZA, L. A. F. **Dispositivo militarizado da segurança pública. Tendências recentes e problemas no Brasil.** Sociedade e Estado, Brasília, v.30, n.1, p. 207-223.2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922015000100207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

SPOSITO, M. P.; TARÁBOLA, F. S. **Experiência universitária e afiliação: multiplicidade, tensões e desafios da participação política dos estudantes.** Educação & Sociedade, Campinas, v. 37, n. 137, p.1009-1028, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v37n137/1678-4626-es-37-137-01009.pdf> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

STOCK, C.; MILZ, S.; MEIER, S. **Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities.** Global Health Promoting, Londres, v.17, n.1, p.25-32, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20357349> >. Acesso em: 19 jun. 2017.

STUFFLEBEAM, D. L. **Toward a Science of Educational Evaluation,** Educational Technology, v. 8, p. 5-12, 1968.

TARGINO, M. G. **Informação em Saúde: potencialidades e limitações.** Informação & Informação, Londrina, v.14, n.1, p.52-81, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1845>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

TAVARES, M. F. L. *et al.* **Health promotion in professional education: challenges in Health and the need to achieve in other sectors.** Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1799-1808, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000601799&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis types and software tools.** Londres: RoutledgeFalmer, 1990. 330p.

TESSER, C., D. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009. Disponível em: <
143

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

THOROGOOD, M.; COOMBES, Y. **Evaluating health promotion: Practice and methods**. Londres: Oxford University Press, 2010. 539 p.

TSOUROS, A. *et al.* **Health promoting universities: concepts, experience and framework for action**. Copenhagen. OMS, Genebra, 1998.174 p.

TSOUROS, A.. *et al.* **Healthy universities: Concept, Model and Framework for Applying the Healthy Settings Approach within Higher Education in England**. [S.I.]: Healthy Universities, 2010. 34p.

TULGAN, B. **Not everyone gets a trophy: how to manage generation Y**. San Francisco: John Wiley Trade, 2009. 192p.

Universidade de Brasília (UnB) **2º Fórum de avaliação da Comissão Própria de Autoavaliação**. Disponível em: http://www.cpa.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=436:aval-2015&catid=2&Itemid=101 Acesso em: 24 jul.2015a.

Universidade de Brasília (UnB). **Ato da Reitoria nº 831/74**. Brasília: Universidade de Brasília, 1974.

Universidade de Brasília (UnB). **Catálogo PEACs 2011: Projetos e Programas de Extensão de Ação Contínua- PEACs**. Brasília: Decanato de Extensão, 2011.

Universidade de Brasília (UnB). Decanato de Planejamento e orçamento **Anuário Estatístico 2015**, Brasília, 2015, 279 p.

Universidade de Brasília (UnB). Decanato de Planejamento e Orçamento. **Plano de Desenvolvimento Institucional 2014 – 2017**.Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

Universidade de Brasília (UnB). **Parecer nº 455/72**. Brasília: Universidade de Brasília, 1972.

Universidade de Brasília (UnB). **Projeto Político Pedagógico Institucional da Universidade de Brasília**: Versão para consulta pública. Brasília, 2011. Disponível em: <

https://unila.edu.br/sites/default/files/files/Projeto%20Politico%20Pedagogico%20_%20UNB.PDF>. Acesso em: 21 jun. 2017.

Universidade de Brasília (UnB). **Relatório de autoavaliação institucional 2015**. Brasília: Fundação Universidade de Brasília, 2016. 120p

VARGAS, E. V. **Uso de drogas: a alter-ação como evento**. Rev. Antropologia, São Paulo, v.49, n.2, p.581-623. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003477012006000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2017.

VÁZQUEZ A. **Filosofia da Práxis**. São Paulo: Paz e Terra, 1977. 454 p.

VIANA, A.; FAUSTO, M.; LIMA, L. **Política de saúde e equidade**. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

WALLERSTEIN N. **What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. 37p.

WARWICK-BOOTH, L.; CROSS, R.; LOWCOCK, D. **Contemporary health studies: an introduction**. 1. ed. Cambridge: Polity, 2012. 320p.

WISNER, B.; ADAMS, J. **Environmental health in emergencies and disasters: A PRACTICAL GUIDE**. Geneva: World Health Organization, 2002. 252 p.

WONG, N.; ZIMMERMAN, M.; PARKER, E. **A typology of youth participation and empowerment for child and adolescent health promotion**. American journal of community psychology, Washington, v. 46, n. 1-2, p. 100-14, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20549334>> Acesso em: 14 jun. 2017.

XIANGYANG, T. *et al.* **Beijing health promoting universities: practice and evaluation**. Health Promotion international, Eynsham, v. 18, n. 2, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12746382>>. Acesso em: 19 jun. 2017.

ZÁRATE, M. *et al.* **Prácticas de consumo de tabaco y otras drogas en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú.** Investigación y Educación en Enfermería, Colômbia, v. 16, n.2, p.72-81. 2006. Disponível em: < http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072006000200008 >. Acesso em: 23 out. 2015.

ZOMER, L.; VIANA, M. M. **Por uma história social das mulheres: os movimentos sufragistas uruguaios.** Rev. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 614-617, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2016.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I

QUESTIONÁRIO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) aluno(a),

Você é convidado(a) a participar do estudo sobre a Universidade de Brasília (UnB) como Instituição Promotora de Saúde. O objetivo do estudo é analisar como os estudantes percebem a promoção da saúde na UnB. Só é possível realizar o estudo se você, estudante, participar.

Sua participação é voluntária e consiste em responder a um questionário com dados sociodemográficos e 60 perguntas fechadas, com duração aproximada de 15 minutos. Todas as informações coletadas são anônimas e os dados serão analisados de forma sigilosa. Os resultados da pesquisa serão divulgados em publicações científicas.

Não há riscos previstos por sua participação mas caso haja algum desconforto causado por qualquer pergunta do questionário você pode não responde-la. Você pode ainda se recusar ou desistir de participar a qualquer momento sem que ocorra nenhum prejuízo ou punição.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/Faculdade de Ciências da Saúde) da UnB. Qualquer dúvida ou informação sobre essa pesquisa pode ser esclarecida através de contato com o pesquisador responsável: mestrando Jorge André Sevilis Almeida [e-mail: joacandre@gmail.com e celular (61) 8369-2928]. Qualquer dúvida sobre o preenchimento do TCLE ou dos seus direitos como participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo CEP/Faculdade de Ciências da Saúde [telefone (61) 3107-1947 ou e-mail: cepfs@unb.br].

Caso esteja de acordo, por favor assine abaixo:

Assinatura do(a) aluno(a) participante da pesquisa	Assinatura do Pesquisador Jorge André Sevilis Almeida

Prezado aluno, por favor responda a esse questionário para que possamos **conhecer sua percepção sobre a Universidade de Brasília (UnB).**

ORIENTAÇÕES GERAIS

A decisão em relação às respostas deve seguir os critérios expressos abaixo.

Não: você já procurou informação a respeito e não achou ou já teve acesso a alguma fonte de informação (notícias, mídias sociais, seminários, aulas, amigos, conhecidos ou até mesmo conversas paralelas) em que se expressava a não existência ou negação do item presente na pergunta ou já participou de experiências suficientes na Universidade para presumir a inexistência ou negação de determinado item ou nunca tomou conhecimento e/ou nunca procurou a informação e não consegue presumir existência ou não.

Em parte: as experiências contemplam alguns aspectos mas não outros ou dependem da interpretação de quem usufrui dos serviços, ações ou estrutura ou ocorre em parte das vezes, mas não sempre ou você não conhece mas consegue presumir a existência.

Sim: Ouviu falar, participou, conheceu, leu a respeito ou não conheceu mas tem certeza de que existe.

Definições importantes:

Chefe de família-Pessoa que contribui com a maior parte da responsabilidade e renda e que possua posição de destaque e liderança. Caso mais de uma pessoa se enquadre neste perfil, escolha entre estes o que tiver maior escolaridade.

Mensalista-Trabalhadora que atua em ambiente doméstico, realizando tarefas de manutenção e organização.

Responda os itens de acordo com a sua percepção, de acordo com o local em que você vivencia os espaços da Universidade (departamento, faculdade ou outros espaços).

DADOS GERAIS

Qual seu curso na UnB:		
Período de entrada no curso (Semestre/Ano):		
Sexo:	Masculino	Feminino
Data de Nascimento (Dia / Mês /Ano):		

DADOS SOCIOECONÔMICOS (marque um X)					
O que está presente na sua atual residência?	0	1	2	3	4 ou mais
Banheiro					
Mensalista					
Automóvel					
Motocicleta					
TV					
Computador					
Lava-louça					
Geladeira					
Freezer					
Micro-ondas					
Lava roupa					
Secadora de roupa					
Na região em que você reside atualmente existem os serviços públicos abaixo?					
Água encanada	Não			Sim	
Rua pavimentada	Não			Sim	
Qual a escolaridade do chefe da família?					
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Fundamental II completo / Médio incompleto	Médio completo / Superior incompleto	Superior completo	

INDICADORES (Áreas / Componentes / Questões)	Sim	Em parte	Não
I. GESTÃO INSTITUCIONAL	32,8	36,6	30,6
Políticas institucionais	29,9	45,8	24,3
1. A UnB possui alguma política institucional que fomente o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade acadêmica?	29,6	50,3	20,1
2. O seu departamento ou faculdade possui alguma política institucional que fomente o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade acadêmica?	31,2	40,1	28,7
3. O projeto pedagógico do seu curso formaliza a ênfase no bem-estar e no desenvolvimento integral dos estudantes?	27,6	46,2	26,2
4. A UnB explicita em seu discurso institucional o interesse pelo bem-estar e desenvolvimento integral da comunidade acadêmica?	31,2	46,5	22,3
Indicadores de gestão	21,4	41,5	37,1
5. A UnB conta com financiamento regular para fomentar o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde da comunidade acadêmica?	17,1	49,2	33,7
6. A UnB possui alguma unidade administrativa que cuide de questões referentes à saúde e qualidade de vida da comunidade acadêmica?	25,7	33,7	40,6
Qualidade de vida estudantil	18,5	30,0	51,5
7. A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para estudantes?	34,1	34,9	31,0
8. Algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida desenvolvido na UnB já te beneficiou?	20,3	14,1	65,6
9. O auxílio socioeconômico para alunos vulneráveis que a UnB oferece é satisfatório e suficiente (atende a quantidade de alunos e suas necessidades)?	11,2	42,1	46,7
10. O clima psicológico da UnB é adequado à saúde (concorrência, cobrança ou burocracia exageradas, ou exposição a tratamentos ou situações inadequadas)?	8,2	28,9	62,9
Qualidade de vida laboral	20,1	49,6	30,3

11. A UnB desenvolve algum programa ou ação de promoção da saúde ou da qualidade de vida para servidores e professores?	11,4	37,1	51,5
12. Há elevado nível de estresse ou desmotivação nos servidores e professores da UnB?	37,5	48,1	14,4
13. O ambiente de trabalho na UnB pode ser caracterizado como saudável?	11,4	63,5	25,1
Aspectos curriculares	58,4	29,1	12,5
14. O ensino na UnB possui qualidade (possibilita criticidade, além fomentar níveis de excelência)?	62,4	34,4	3,2
15. Existem cursos na UnB que sejam centrados no tema da Promoção de Saúde?	69,2	23,7	7,1
16. O seu curso na UnB possui conteúdo relacionado à Promoção de Saúde?	85,0	11,6	3,4
17. A carga horária de ensino, pesquisa e extensão na UnB são adequadas e favorecem a promoção da saúde?	17,1	46,7	36,2
Vínculo com o meio	46,6	21,9	31,5
18. A UnB desenvolve ações de promoção da saúde através de vínculos com a comunidade externa (empresas, associações ou indivíduos)?	40,1	34,8	25,1
19. Você já participou de aulas ou projetos de promoção da saúde realizados com vínculos entre a UnB e outras instituições externas (sejam públicas ou privadas)?	53,1	8,9	38,0
II. COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	22,9	44,2	32,9
Comunicação	19,8	35,5	44,7
20. A UnB desenvolve alguma estratégia de comunicação voltada para a promoção da saúde?	27,1	41,2	27,1
21. Alguma das informações disponíveis nas estratégias de comunicação da UnB já beneficiou sua saúde?	14,1	20,5	65,4
22. É fácil acessar informações referentes à promoção da saúde na UnB ?	13,7	44,6	41,7
Participação	24,8	49,4	25,8
23. A comunidade acadêmica participa do desenvolvimento de estratégias e programas de promoção da Saúde na UnB?	26,2	51,9	21,9

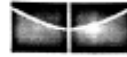
24. A UnB apoia iniciativas de professores ou servidores relacionadas à Promoção de Saúde?	25,3	53,5	21,2
25. A UnB apoia iniciativas de alunos relacionadas à promoção de saúde?	26,0	53,5	20,5
26. A UnB incentiva sua participação nas discussões e decisões da instituição?	20,5	49,0	30,5
27. Você tem oportunidades de opinar sobre programas ou projetos no seu departamento ou faculdade?	26,2	38,7	35,1
III. AMBIENTES SAUDÁVEIS	24,1	39,5	36,4
Espaços dos estudantes	24,7	37,6	37,7
28. A estrutura física da UnB preza pela qualidade de vida dos estudantes?	11,8	46,7	41,5
29. A UnB conta com salas de aula adequadas ao número e às necessidades dos estudantes?	13,0	35,8	51,2
30. A UnB dispõe de espaços que favoreçam a sociabilização, o esparecimento e o lazer?	44,6	39,9	15,5
31. Algum ambiente físico da UnB prejudica a sua saúde de alguma forma?	43,7	24,6	31,7
32. O clima psicológico na UnB é saudável (em relação à cobranças, competitividade ou assédio moral)?	10,5	41,0	48,5
Espaços laborais	18,9	46,7	34,4
33. A estrutura física da UnB preza pela qualidade de vida dos professores e funcionários?	12,7	53,8	33,5
34. A UnB conta com espaços de integração para os docentes?	25,1	39,6	35,3
Segurança	15,0	37,6	47,4
35. A UnB possui serviços de emergências à saúde da população acadêmica?	16,2	27,1	56,7
36. A UnB possui mecanismos para promover a segurança no campus?	21,2	50,6	28,2
37. Você se sente seguro dentro da UnB?	7,5	35,3	57,2
Manejo de resíduos	35,6	44,3	20,1

38. A UnB possui políticas adequadas de manejo de resíduos (lixo)?	29,8	44,9	25,3
39. Você considera a UnB como um ambiente limpo?	41,5	43,7	14,8
Ambientes inclusivos (para pessoas com necessidades especiais)	27,8	36,8	35,4
40. A UnB possui alguma política institucional de inclusão para pessoas com necessidades especiais ?	33,0	41,9	25,1
41. A UnB possui ambientes acessíveis para pessoas com deficiência (rampas, corrimões, elevadores, indicações em braile, etc.)?	29,3	51,3	19,4
42. Você presencia ou passa por alguma situação de discriminação na UnB?	21,2	17,1	61,7
IV. ESTILOS DE VIDA	23,9	27,8	48,3
Fatores protetores psicossociais	21,5	27,7	50,8
43. A UnB promove programas ou estratégias de assistência ou apoio psicossocial aos estudantes ?	30,8	36,2	33,0
44. Você já utilizou algum apoio psicológico ou psicossocial da UnB?	5,9	4,6	89,5
45. A UnB promove programas ou estratégias de assistência ou apoio psicossocial aos professores e funcionários ?	12,5	32,6	54,9
46. A UnB promove programas ou estratégias de integração de grupos vulneráveis (baixa renda, gestantes, minorias étnicas ou sexuais, deficientes e condições semelhantes)?	36,7	37,6	25,7
Saúde sexual e reprodutiva	30,6	33,9	35,5
47. A UnB desenvolve estratégias visando a promoção da saúde sexual e reprodutiva na comunidade acadêmica?	30,6	33,9	35,5
Alimentação	29,4	33,0	37,6
48. A UnB possui alguma regulamentação para a oferta de alimentos nos diferentes pontos de venda dentro da instituição?	19,3	29,4	51,3
49. A UnB desenvolve estratégias de promoção da alimentação saudável dentro do campus?	16,9	33,0	50,1
50. Existe a oferta (venda) de alimentos saudáveis dentro da UnB?	36,9	37,6	25,5

51. A alimentação saudável na UnB é financeiramente acessível ?	20,7	27,4	51,9
52. A alimentação servida no Restaurante Universitário é saudável?	53,1	37,8	9,1
Atividade física	16,9	32,4	50,7
53. A UnB desenvolve estratégias de promoção da atividade física para estudantes?	26,4	37,6	36,0
54. A UnB desenvolve estratégias de promoção da atividade física para professores e funcionários?	10,5	28,2	61,3
55. A UnB dispõe de infraestrutura adequada (em quantidade e qualidade) para prática de atividades físicas pela comunidade acadêmica?	18,7	35,1	46,2
56. A carga horária acadêmica te possibilita a prática regular de atividades físicas ?	12,1	28,7	59,2
Prevenção do consumo de tabaco, álcool e outras drogas	24,9	15,3	59,8
57. A UnB desenvolve estratégias de prevenção ou tratamento do uso de tabaco na comunidade acadêmica?	6,8	15,1	78,1
58. A UnB desenvolve estratégias de prevenção ou tratamento do consumo de álcool e outras drogas na comunidade acadêmica?	5,0	17,1	77,9
59. Você já viu alguma ação de conscientização quanto ao uso de tabaco, álcool e outras drogas na UnB?	16,4	10,5	73,1
60. O ambiente universitário desestimula o consumo de cigarro, álcool ou outras drogas ?	10,0	18,7	71,3

ANEXO II

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 1.347.305



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: “SAÚDE, QUALIDADE E ESTILO DE VIDA: SITUAÇÃO, VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE.”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: FRANCILENE BATISTA MADEIRA

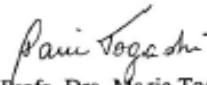
DATA DE ENTRADA: 09/11/2015

CAAE: 48415515.7.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado “SAÚDE, QUALIDADE E ESTILO DE VIDA: SITUAÇÃO, VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE.” Parecer nº 1.347.305, em 02 de Dezembro de 2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de relatório(s) semestral(ais) e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto a contar da data de aprovação do projeto inicial.

Brasília, 19 de setembro de 2016.


Profa. Dra. Marie Togashi
Coordenadora - CEP-FS/UnB

ANEXO III

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ABEP

QUANTIDADE

	0	1	2	3	4 ou +
BANHEIROS	0	3	7	10	14
EMPREGADOS DOMÉSTICOS	0	3	7	10	13
AUTOMÓVEIS	0	3	5	8	11
MICROCOMPUTADOR	0	3	6	8	11
LAVA LOUÇA	0	3	6	6	6
GELADEIRA	0	2	3	5	5
FREEZER	0	2	5	6	6
LAVA ROUPA	0	2	5	6	6
DVD	0	1	3	4	6
MICRO-ONDAS	0	2	5	4	4
MOTOCICLETA	0	1	3	3	3
SECADORA DE ROUPA	0	2	2	2	2

ESCOLARIDADE DA PESSOA DE REFERÊNCIA

ANALFABETO / FUNDAMENTAL I INCOMPLETO	0
FUNDAMENTAL I COMPLETO / FUNDAMENTAL II INCOMPLETO	1
FUNDAMENTAL II COMPLETO / MÉDIO INCOMPLETO	2
MÉDIO COMPLETO / SUPERIOR INCOMPLETO	4
SUPERIOR COMPLETO	7

SERVIÇOS PÚBLICOS

	Não	Sim
ÁGUA ENCANADA	0	4
RUA PAVIMENTADA	0	2

CLASSE	PONTOS
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA - FEF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

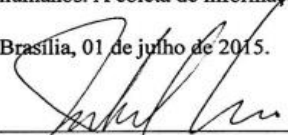
TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

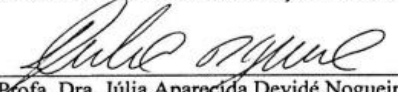
A Faculdade de Educação Física, por intermédio da professora Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira e de seu diretor o professor Dr. Jake Carvalho do Carmo, atesta ser Instituição proponente e estar de acordo com a pesquisa nesta Faculdade, "Saúde, qualidade e estilo de vida: situação, vivências e percepções de universitários de cursos da área de saúde", de responsabilidade da pesquisadora Doutoranda Francilene Batista Madeira, para defesa de Tese do seu Doutorado, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

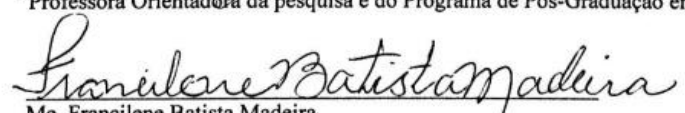
O estudo constará de duas etapas de coleta de informações, mediante o contato direto da pesquisadora com os universitários dos cursos da grande área da saúde. A primeira etapa do estudo será exploratória e envolverá a aplicação de questionários e mensuração antropométrica. Na segunda etapa será realizado grupo focal, envolvendo os temas saúde, promoção da saúde, qualidade e estilo de vida. O material de áudio será gravado para captação dos depoimentos e será transcrito para posterior análise dos conteúdos e publicação dos resultados, conforme princípios éticos da pesquisa qualitativa e da Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. A coleta de informações ocorrerá no período de setembro/2015 a junho/2017.

Brasília, 01 de julho de 2015.

Prof. Jake Carvalho do Carmo
Diretor
Faculdade de Educação Física/UnB
Matricula 770019


Prof. Dr. Jake Carvalho do Carmo
Diretor da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília


Prof. Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira
Professora Orientadora da pesquisa e do Programa de Pós-Graduação em Educação Física


Me. Francilene Batista Madeira
Pesquisadora responsável pelo protocolo de pesquisa

APÊNDICE B

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-FS

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DE PESQUISA CIENTÍFICA

A professora Dra. Maria Fátima de Sousa, Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde – FS, estar ciente de suas responsabilidades como Instituição Coparticipante no cumprimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa “Saúde, qualidade e estilo de vida: situação, vivências e percepções de universitários de cursos da área de saúde”, de responsabilidade da pesquisadora Doutoranda Francilene Batista Madeira, para defesa de Tese de Doutorado, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O estudo constará de duas etapas de coleta de informações, mediante o contato direto da pesquisadora com os universitários dos cursos da grande área da saúde. A primeira etapa do estudo será exploratória e envolverá a aplicação de questionários e mensuração antropométrica. Na segunda etapa será realizado grupo focal envolvendo os temas saúde, promoção da saúde, qualidade e estilo de vida. O material de áudio será gravado para captação dos depoimentos e será transcrito para posterior análise dos conteúdos e publicação dos resultados, conforme princípios éticos da pesquisa qualitativa e da Resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. A coleta de informações ocorrerá no período de setembro/2015 a junho/2017.

Brasília, 02 de julho de 2015.

Prof. Dra. Mária Fátima de Sousa
Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Prof. Maria Fátima de Sousa
Diretora

Faculdade de Ciências da Saúde

Prof. Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira
Professora Orientadora da pesquisa e do Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Me. Francilene Batista Madeira
Pesquisadora responsável pelo protocolo de pesquisa

APÊNDICE C

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Ao Colegiado de Graduação da Faculdade de Medicina – UnB

Relatório

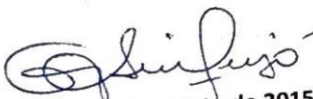
Trata-se de solicitação de Termo de Concordância de Instituição Coparticipante de pesquisa científica.

O projeto de pesquisa intitulado “Saúde, qualidade e estilo de vida: situação, vivências e percepções de universitários de cursos da área de saúde” será desenvolvido pela Doutoranda Francilene Batista Madeira e está sob orientação da Profa. Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira, da Faculdade de Educação Física.

O trabalho prevê a utilização de triangulação de métodos para compreender os fenômenos da saúde e da qualidade de vida dos estudantes universitários de cursos da área de saúde. Serão coletados dados sócio-demográficos, medidas antropométricas e informações sobre qualidade de vida. Para coleta de dados relacionados à qualidade de vida serão utilizados questionários já validados pela literatura. Além disso, serão realizados grupos focais para a obtenção de dados relacionados aos “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”.

Parecer

O trabalho está corretamente delineado, não imprime riscos aos participantes e não implica em utilização de materiais ou espaços não disponíveis nas Faculdades. Além disso, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e a participação dos estudantes será voluntária e regulada por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Entretanto, o trabalho não prevê a participação de docente das Faculdades de Ciências da Saúde ou Medicina. Sugerimos que seja feito contato com algum docente apoiador em uma das Faculdades para melhor viabilizar a coleta de dados. Além disso, solicitamos que seja informado como será realizada a divulgação dos dados à Faculdade de Medicina. Apesar disso, somos de parecer favorável à realização do trabalho.



Brasília, 24 de agosto de 2015

Prof. Gilvânia Coutinho Silva Feijó

Mat. 1016849

**Membro do Colegiado de Graduação
Faculdade de Medicina**

APÊNDICE D

ARTIGO DE REVISÃO

O que sabemos sobre ações promotoras de saúde em Universidades da América Latina?

Resumo

Este estudo sistematiza e reflete sobre aspectos relativos às ações de promoção da saúde (PS) em universidades da América Latina a partir de uma revisão sistemática de literatura sobre universidades promotoras da saúde (UPS). Foram incluídos trabalhos publicados a partir de 2003; realizados em universidades latino-americanas; e que relatassem ações de PS numa perspectiva ampliada. Informações relevantes foram tabuladas e as ações foram classificadas consoante o *Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud*. Quase 20.000 resultados se relacionaram ao descritor UPS, mas apenas nove estudos foram incluídos na revisão. Ações de educação e comunicação em saúde relacionadas ao estilo de vida foram as mais frequentes enquanto participação social e ambientes saudáveis foram menos comuns. Apesar de se referir à PS, mesmo os estudos selecionados carecem da amplitude e complexidade intrínsecas ao referencial da PS.

Palavras-chave: universidade promotora de saúde, promoção de saúde, ambientes saudáveis, abordagem baseada em ambientes.

Abstract

This study systematizes and reflects on aspects related to health promotion (HP) actions in Latin American universities based on a systematic literature review on health promoting universities (HPU). Articles included were published from 2003 onwards; carried out in Latin American universities; and that reported HP actions in a broad perspective. Relevant information was tabulated and the actions were classified according to the *Guide for self-evaluation and recognition of health promoting higher education institutions*. Almost 20,000 results were related to the HPU descriptor, but only nine studies were included in the review. Lifestyle-related health education and communication actions were the most frequent while social participation and healthy settings were less common. Despite referring to HP, even the selected studies lack the broad and complex aspects involved in the HP referential.

Key-words: health promoting universities, health promotion, healthy environments, setting based approach.

Resumen

Este estudio sistematiza y reflexiona sobre aspectos relativos a las acciones de promoción de la salud (PS) en universidades de América Latina a partir de una revisión sistemática de literatura sobre universidades promotoras de la salud (UPS). Se incluyeron trabajos publicados a partir de 2003; en universidades latinoamericanas; y que reportaran acciones de PS en una perspectiva ampliada. La información relevante fue tabulada y las acciones fueron clasificadas según la Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud. Casi 20.000 resultados se relacionaron con el descriptor UPS, pero sólo nueve estudios se incluyeron en la revisión. Las acciones de educación y comunicación en salud relacionadas con el estilo de vida fueron las más frecuentes, mientras que la participación social y los ambientes saludables fueron menos comunes. A pesar de referir a la PS, los estudios seleccionados carecen de la amplitud y complejidad intrínseca al referencial de la PS.

Palabras clave: universidad promotora de la salud, promoción de la salud, entornos saludables, abordaje basada en entornos.

Introdução

Universidades são espaços reconhecidos de produção de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e formação profissional¹. São também ambientes onde pessoas se relacionam e vivenciam diversos aspectos de suas vidas cotidianas. Tornam-se assim, locais estratégicos de experimentação, exploração e reflexão que possibilitam a formação humana e o desenvolvimento de posturas críticas diante da realidade social². Dotadas de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão³, as universidades brasileiras apresentam ainda o imperativo ético de apoiar a construção de sociedades mais justas e de valores e atitudes relacionados à promoção da vida⁴⁻⁶.

De forma mais específica, o movimento das Universidades Promotoras de Saúde (UPS) - derivado da abordagem baseada em ambientes ou “*setting based approach*”, que inclui ainda escolas, locais de trabalho e cidades - defende que as Instituições de Ensino Superior (IES) devam contribuir para a existência de ambientes saudáveis para o trabalho, o estudo e a convivência da comunidade através da valorização da promoção da saúde (PS) em suas políticas e componentes curriculares, além de formar alianças e parcerias comunitárias para a concretização sustentável desse projeto^{2,5}.

Historicamente, os movimentos inaugurais, como a criação do programa “Universidades pela Saúde” da *Organization for Economic Co-operation and Development* em 1977, ganham força com os debates sobre PS aplicada às estratégias de desenvolvimento de Ambientes Saudáveis⁷. Em adição, a criação dos Centros de Formação de Pessoal em Educação para a Saúde e PS (CIUEPS) no Chile em 1994; do Consorcio Interamericano de Universidades em Cuba em 1996; e da oficialização do movimento das UPS em 1996 na 1ª Conferência Internacional de UPS sediado na Universidade de Lancaster; intensificam o movimento nas universidades, em especial na América Latina e Caribe^{2,7,8}.

Hoje temos diversos registros, direcionamentos, documentos, materiais e eventos produzidos sobre o tema na América Latina e Caribe, tais como: os Congressos de UPS realizados no Chile em 2003, no Canadá em 2005, no México em 2007, na Espanha em 2009, na Costa Rica em 2011, em Porto Rico em 2013, em Okanagan, Canadá, 2015, e o da Espanha em 2017; a publicação do Guia para Universidades Saudáveis e outras IES em 2006; e a institucionalização da Rede Iberoamericana de UPS (RIUPS) em 2007⁹⁻¹¹.

No entanto, apesar da potencia do movimento na região latino-americana, esses avanços não se distribuem de forma homogênea entre países. Enquanto Chile, México e Costa Rica se destacam por sua participação, Brasil, Argentina e outros países apresentam pouca ou nenhuma atividade. Em adição, os avanços conceituais e teóricos em PS não se refletem na mesma medida na sua esfera prática^{10,12,13}.

O movimento das UPS continua em processo de assegurar a relevância e o propósito prático do seu trabalho, apresentando iniciativas bastante variadas, que às vezes se confundem conceitualmente com ações isoladas de prevenção¹⁴. Nesse sentido cabe destacar a quantidade considerável de estudos e publicações sobre estilos de vida saudáveis e iniciativas de prevenção de doenças em universidades e/ou universitários. Embora esses aspectos compoñham a PS, não a resumem^{15,16}.

Parece haver uma confusão conceitual que, somada à complexidade implícita ao desenvolvimento prático da PS; ao desconhecimento por parte de gestores, professores e pesquisadores; à incompetência operacional; à visões de mundo e de saúde diversas; e/ou à ênfase dada ao lucro e à competitividade no mundo moderno; dificultam que as universidades promovam e estudem a saúde de uma forma orgânica e sistemática^{2,5}.

Essas barreiras fazem com que poucos estudos científicos sobre UPS numa perspectiva ampla e complexa - relativo ao uso de um modelo avaliativo que contemple modelos operacionais e/ou de padronização em PS – sejam realizados e publicados⁵. Assim, o presente estudo busca identificar e sistematizar pesquisas publicadas sobre UPS na América Latina a fim de conhecer as evidências que vem sendo produzidas sobre as práticas de PS nas Universidades. Tais elementos serão utilizados para tecer uma reflexão sobre os alinhamentos conceituais que subsidiam as ações e pesquisas apresentadas.

Métodos

Trata-se de uma revisão sistemática descritiva e analítica de literatura realizada a partir de artigos, dissertações e teses que apresentaram como tema central as UPS. A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Google Scholar, SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além da

Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia. Os descritores utilizados foram: “promoção de saúde, universidade, universidade promotora de saúde, e universidade saudável” em português, espanhol e inglês.

Um primeiro mapeamento na plataforma do Google Scholar retornou 15.400 resultados; na plataforma SciELO, 2.629 resultados; e na LILACS, 1.052 resultados. A pesquisa realizada no banco brasileiro de teses e dissertações retornou 31 trabalhos. Tem-se assim uma enorme quantidade de material relacionado aos descritores universidade saudável e/ou seus correlatos que, se somados, atingem 19.112 resultados, muito embora haja diversas duplicatas nesse total e o escopo dos trabalhos seja bastante amplo. A partir dessa constatação deu-se início à aplicação de filtros às buscas (Figura 1).

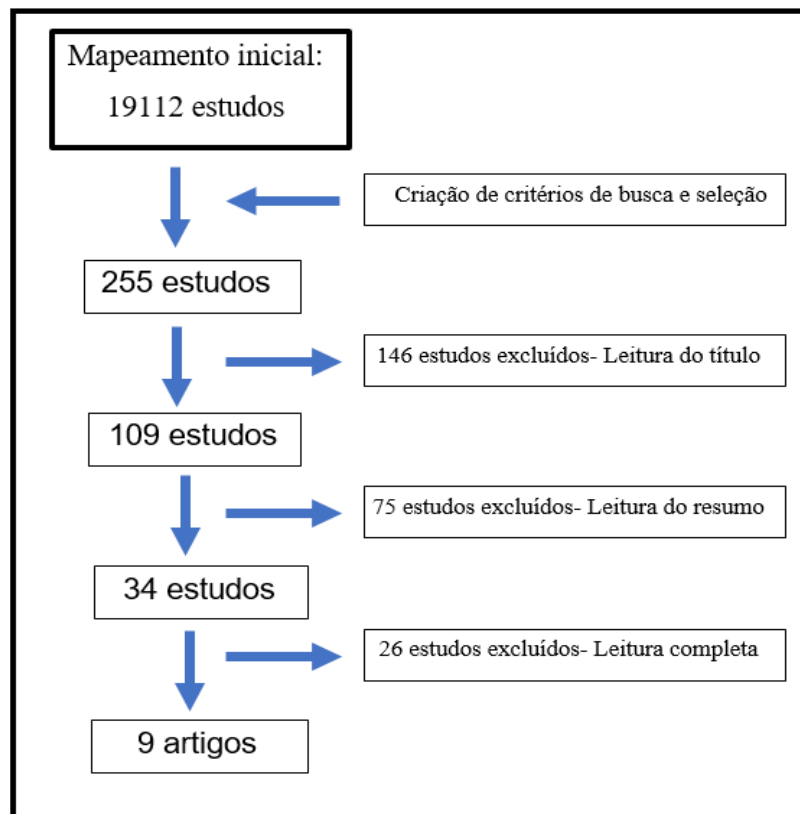


Figura 4. Trajetória de seleção de estudos para a revisão de literatura.

Um primeiro critério de inclusão utilizado foi a data de publicação, que deveria estar entre janeiro de 2003, ano da primeira conferência internacional de UPS, e maio de 2017,

período de finalização da revisão. Em seguida limitou-se à trabalhos publicados em português ou espanhol e relacionados à IES de países Latino-Americanos. A aplicação desses critérios retornou 255 resultados, ainda sem a exclusão de duplicatas (200 no Google Scholar, 10 na Scielo, 14 na Lilacs e 31 no Banco Brasileiro de Teses e Dissertações).

Após a leitura do título, 146 estudos foram excluídos por estarem focados em aspectos como: descrição de estilos de vida e mensurações de condições patológicas, ou experiências preventivas em saúde, distanciando-se de práticas promotoras de saúde em uma perspectiva ampliada; ou ainda se incumbiam de realizar reflexões teóricas sobre o tema.

Em análise posterior, com base na leitura do resumo, 75 estudos foram excluídos. Cinco por tratar o tema das UPS de forma secundária ou superficial; sete trataram de políticas públicas relacionadas ao campo da educação, sem focar na PS; 53 trataram de medidas preventivas em saúde ou de investigações sobre condições de saúde de alguma população relacionada às IES; e 10 estudos eram teóricos.

A partir de então, os 34 trabalhos, todos disponíveis na íntegra on-line, incluindo duas dissertações brasileiras, foram selecionados para que se procedesse à leitura flutuante do estudo completo. Nessa etapa, foram excluídas 11 publicações conceituais ou teóricas, que não contemplavam ações ou programas de PS a partir das Universidades. Em adição, 14 estudos foram excluídos por não abordarem o tema da PS de forma ampliada e crítica, se restringindo a descrever medidas preventivas ou profiláticas ou ainda a descrever padrões de comportamento, doenças, fatores de risco ou modificações nos estilos de vida de alguma população vinculada à universidade.

Com relação à abordagem do tema da PS na Universidade, é importante destacar que foram consideradas ações em qualquer esfera do tripé universitário: o eixo de Pesquisa foi sempre contemplado por se tratarem intrinsecamente de publicações científicas sobre o tema; o eixo de Ensino, foi contemplado quando as ações se relacionavam à formação em PS com os alunos; o eixo da Extensão foi contemplado quando algum elemento constituinte da PS foi desenvolvido com a comunidade vinculada à instituição; e ainda considerou-se a esfera da Gestão, incluindo os processos administrativos gerais relativos à PS.

Nove estudos (oito artigos e uma dissertação) foram selecionados para análise em profundidade nessa revisão e tiveram suas informações (autor, ano, e área de concentração;

objetivos; população; materiais e métodos; e principais resultados e conclusões) sistematizadas e apresentadas na tabela 1.

Diante dessas informações, empreendemos uma análise crítica a respeito da situação das publicações científicas sobre UPS na América Latina, utilizando como referencial de análise o *Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud* elaborado e publicado pela Rede Nacional de Universidades Promotoras de Saúde do Chile, em 2013. O guia baseia sua avaliação em quatro áreas: gestão institucional; comunicação e participação social; ambientes saudáveis; e estilos de vida; sendo um instrumento que permite identificar quais tipos de ações são realizadas e qual o grau de completude das ações frente vários parâmetros de referência¹⁷.

Resultados

No processo de pesquisa, pouquíssimos estudos que envolviam projetos e/ou ações em PS foram encontrados. A maioria dos estudos tratava ou de ações pontuais, que não eram mostradas como iniciativas a serem repetidas no futuro e, portanto, não se comportavam como etapas de um processo ou projeto, ou de aspectos relacionados à condição de saúde de alunos ou, ainda, publicações teóricas. Também foram encontrados alguns estudos que acabavam por remeter às escolas promotoras de saúde.

Diante dos trabalhos então selecionados, a presente revisão trabalhou com nove estudos reportando práticas de PS em Universidades Latino Americanas; três eram do Brasil, dois de Cuba, três da Colômbia e um da Costa Rica (Quadro 1). Quanto às áreas a que pertencem os autores dos estudos, medicina, saúde pública e enfermagem apareceram duas vezes, enquanto as outras áreas da saúde, quais sejam fisioterapia, nutrição e odontologia apareceram apenas uma vez, seja em conjunto ou sozinhas.

Quanto ao escopo, apenas dois estudos^{18,19}, caracterizados como relatos de experiências ocorridas anteriormente, abordaram projetos com maior sustentabilidade (anos de execução) e intersectorialidade (envolvendo ações de diversos departamentos das IES). Três estudos analisaram componentes gerenciais ou contribuíram para o planejamento de ações promotoras de saúde na universidade^{18,19,21} e cinco estudos trataram sobre projetos e mudanças específicas e de caráter mais prático, de curta duração e com escopos mais delimitados, sendo: um estudo que relatou planejamento conjunto de ação voltada para o aumento da prática de exercícios físicos em ambiente universitário²⁰, um estudo voltado para saúde e segurança do trabalho²¹, um festival voltado para a PS na universidade²², e dois projetos de educação sexual, um em

escolas de nível fundamental próximas à universidade²³ e outro com os próprios alunos universitários²⁴.

Quanto à população participante, dois estudos trabalharam com a população universitária geral, incluindo estudantes, trabalhadores, professores, gestores e tomadores de decisão^{18,19}; três estudos deram destaque aos estudantes universitários^{20,23,24}; dois focaram em indivíduos participantes de projetos da instituição ou que estavam vivenciando o ambiente universitário^{18,19}; e dois focaram em população externa à universidade^{25,26}, ou seja, comunidades acessadas pela universidade fora de seu espaço institucional.

No que se refere às ações desenvolvidas e/ou analisadas nos estudos, é possível agrupá-las quanto às áreas do tripé universitário (ensino, pesquisa e extensão) em adição à gestão. Nesse sentido, um estudo relatou ações relativas apenas à esfera do ensino, com ações relacionadas à formação profissional²⁴; dois estavam ligados à extensão, empregando ações de educação ou informação em saúde à comunidade^{23,25}; um foi exclusivamente de pesquisa²¹; e um exclusivamente no âmbito da administração²⁰. Outros três estudos apresentaram processos mais amplos, sendo um de ensino e extensão²², e dois de ensino, pesquisa, extensão e administração^{18,19}.

Embora não haja um consenso, todos os estudos descreveram algumas configurações ou padrões utilizados como referência ou produzidos durante a pesquisa. Cada estudo apresentou uma forma própria de sistematização e organização para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde. Essa busca por padrões nas ações reforça as vantagens do crescente movimento de utilização da abordagem baseada em ambientes, configurações ou espaços em PS²⁷.

Quadro 1. Síntese das características dos estudos selecionados na revisão.

Ref #	Autor, ano / Área	Objetivos	População, País	Materiais e Métodos da pesquisa	Resultados e Conclusões
18	Barboza, 2010 / Enfermagem	Apontar conhecimento construídos Relatar experiência exitosa de PS como trabalho transdisciplinar.	Alunos, professores, funcionários, gestores e população externa, Universidade de Costa Rica, Costa Rica	Análise de Documentos internos e externos à instituição	Compreensão do processo de PS a partir de múltiplos olhares, baseada em três níveis (Ontológico, Metodológico e Epistemológico) e seis eixos de trabalho (gestão sociopolítica, análise da situação de saúde, educação para a PS, assessoria e colaboração em saúde, docência e investigação, e atualização profissional) Como conclusão, ressalta-se que a Promoção de saúde necessita de um enfoque social e trabalho transdisciplinar, não reduzindo isto a simples atividades educativas.
19	Granados <i>et al.</i> , 2009 / Medicina e Gestão Central da IES	Relatar e resumir a experiência de institucionalizar a PS.	Alunos, professores, funcionários, gestores e população externa, Universidade	Pesquisa - ação a partir de vivências dentro de projetos Universidade,	Aponta três eixos: articulação institucional, educação para o autocuidado e ações de promoção e prevenção; e duas fases (operacionalização, composta por mapeamento da situação de saúde e ação subsequente; e consolidação, composta por formulação de políticas e instituição de sistema de avaliação;

			Javeriana, Colômbia	além de análise documental	como pontos de sucesso do que foi conseguido dentro da instituição. Como conclusão, ressalta-se que foram realizadas diversas ações com cooperação de diversos setores.
20	Rodríguez, 2003 / Fisioterapia	Planejar um modelo de PS institucional a partir da compreensão da (in) atividade física.	População citada em documentos que registraram as ações: estudantes da Universidade Nacional de Colômbia, Colômbia	Análise multinível de Documentos e Normativas nos níveis do indivíduo, da instituição e do Estado; e nas dimensões: econômica, social, epidemiológica e comportamental.	Formulação de um modelo (baseado em configurações) a ser utilizado em projetos de PS. Aponta três Eixos (Geração de redes de participação; Apoio à transformação político-normativa; e Reorientação acadêmica relacionada ao incentivo de atividades físicas, lúdicas e de reconhecimento corporal), e quatro Estratégias (Reorientação serviços de saúde; Participação e gestão social; Comunicação e educação; Oportunidade e acessibilidade) Como conclusão, analisou-se que a abordagem possibilitou a identificação de problemas sociais dos estudantes a serem focados em ações futuras e que existiam duas possibilidades para o que foi construído: apresentar os resultados para a gestão universitária ou colocar o modelo à prova em futuros estudos.

21	Castro, 2014/ Enfermagem, e Saúde e Segurança do Trabalho	Descrever programas de PS no ambiente de trabalho.	335 trabalhadores administrativos da Universidade Nacional de Colômbia, Colômbia	Revisão documental e Aplicação de <i>Check List</i> (PSLT) com trabalhadores	<p>A atenção aos empregados e às atividades de PS devem ser aumentadas, a partir da melhora nos parâmetros: níveis de conhecimento em relação aos programas de PS; e aumento de possibilidades para discussão dos problemas em conjunto.</p> <p>Elaborou-se um plano de ação contemplando pontos-chave: Utilização do modelo dos ambientes saudáveis; Observação dos artigos da OIT; e Consideração das estratégias voltadas para empresas saudáveis.</p>
22	Mainegra, 2012 / Microbiologia e virologia	Sistematizar e institucionalizar o festival recreativo e educativo como prática de PS.	Estudantes, professores e funcionários da Universidade de Havana, Cuba	Pesquisa-ação com Questionário próprio e sistema de classificação de pontos fortes e fracos	<p>O festival composto de 12 atividades é de grande valia para a PS e deve ser realizado com base em enfoque integral.</p> <p>As atividades que mais geram engajamento foram: concursos de perguntas, venda de artigos gastronômicos, espaço artístico-literário, jogos didáticos e estande com livros sobre PS e prevenção de doenças. Três atividades geraram 100% de satisfação: jogos didáticos, espaço vocacional e concurso de perguntas.</p>

23	Brêtas e Pereira, 2007/ Enfermagem	Relatar projeto de vivências em educação e saúde com foco na corporeidade.	Comunidade e Alunos da Universidade Federal de São Paulo, Brasil	Relatos de experiência	Realizou projetos de educação sexual em quatro escolas de nível fundamental. Houve significativo interesse dos alunos universitários. Para ser exitosa, a educação em saúde deve levar em conta a necessidade do público em questão.
24	Cabrera <i>et al.</i> , 2013 / Saúde Pública	Aumentar o conhecimento e modificar os comportamentos sobre saúde sexual e reprodutiva.	332 estudantes da escola de enfermagem e 260 da faculdade de Tecnologia em Saúde, totalizando 592 estudantes da Escola Nacional de Saúde Pública, Cuba	Pesquisa-ação com as fases: 1. Revisão documental de registros. 2. Aplicação de questionário específico próprio. 3. Realização de grupos focais	Baixo conhecimento sobre o tema. Desenvolvimento de estratégia de educação sexual extracurricular a partir da participação dos alunos, tendo em mente sua responsabilidade na PS, com ênfase nas lacunas de conhecimento identificadas, quais sejam: informações sobre sexualidade e reprodução, relação com a família, comunicação interpessoal e como eleger parceiros sexuais.

25	Firmino <i>et al.</i> , 2010 / Nutrição, Educação e Saúde pública	Sistematizar contribuições de Projeto inspirado na Educação Popular.	Idosos da ESF de Paraíba, Brasil	Pesquisa-ação com Rodas de conversa.	O trabalho em PS deve: ser multiestratégico; favorecer a escuta; considerar os anseios; e problematizar as necessidades e as situações dos envolvidos. O uso sistemático de métodos multiestratégicos (música, relaxamento, enquetes teatrais, brincadeiras, alongamento e atividades físicas) possibilitou maior sintonia entre as intenções do projeto e do público alvo.
26	da Silva <i>et al.</i> , 2015 / Medicina	Descrever a construção e desenvolvimento de ações de PS, com ênfase na ludicidade e no estabelecimento de relações.	Crianças de comunidades ribeirinhas e rurais do Vale do São Francisco, Brasil	Pesquisa-ação	Evidente necessidade de trabalhar temas relacionados à PS desde a infância. Atividades multiestratégicas (artísticas; filmes, revistas e outros materiais educativos; plantio de árvores; oficinas de reciclagem; criação de brinquedos; e brincadeiras folclóricas) possibilitaram reflexões sobre o contexto local, com aumento do empoderamento dos indivíduos. Criou-se um vínculo dos estudantes de saúde com as crianças promovendo uma importante experiência em sua formação.

PS, Promoção da Saúde; ESF, Estratégia Saúde da Família; OIT, Organização internacional do trabalho; PSLT, *Promoción de salud em lugares de trabajo*.

Uma outra forma de analisar o material sistematizado foi através da aplicação do *Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud*¹⁷, buscando identificar que áreas (gestão institucional, comunicação e participação social, ambientes saudáveis, e estilos de vida) foram contempladas pelas ações realizadas ou descritas nos estudos (Quadro 2).

Quadro 2. Análise das áreas contempladas nas ações realizadas ou descritas nos estudos, com base na classificação proposta pela REDUPS (2013).

Ref #	Autor, ano	Gestão institucional	Comunicação e Participação social	Ambientes saudáveis	Estilos de vida
18	Barboza, 2010	X	X	X	X
19	Granados <i>et al.</i> , 2009	X	X	X	X
20	Rodríguez, 2003	X	X		X
21	Castro, 2014	X	X	X	X
22	Mainegra, 2012		X		X
23	Brêtas e Pereira, 2007		X		
24	Cabrera <i>et al.</i> , 2013		X		X
25	Firmino <i>et al.</i> , 2010		X		X
26	da Silva <i>et al.</i> , 2015		X		

REDUPS, Red Nacional de Universidades Promotoras de Salud.

Ao classificar as ações dos estudos nas quatro áreas propostas de PS, identificamos que apenas dois contemplaram todas as áreas^{18,19}, demonstrando uma aplicação prática do princípio de integralidade e da intersetorialidade das ações. Cabe destacar que justamente esses dois

estudos são descritivos dos processos da constituição de UPS nas Universidades de Costa Rica¹⁸ e na Javeriana¹⁹.

Os demais estudos concentram suas ações em áreas específicas, com destaque para a grande quantidade que desenvolveu ações de comunicação e participação social. Cabe aqui destacar que apenas três estudos envolveram, de fato, a participação social^{18,19,24}, e que os demais deram foco aos processos de comunicação e educação em saúde, mas não necessariamente de forma participativa.

Apenas três estudos apresentaram alguma ênfase em ambientes saudáveis^{18,19,21}, sendo um deles voltados para a esfera do trabalho, focado em funcionários da universidade. Estes mesmos três estudos também apresentaram ações classificadas na área de gestão institucional, focando em elementos que poderiam ser usados pela esfera gestora ou analisavam atos da gestão central, o que nos faz refletir se essas ações ambientais ocorrem apenas na esfera de planejamento e administração das IES.

Discussão

Inicialmente destacamos que, a despeito do fortalecimento do movimento e dos referenciais teóricos das UPS, pouco se tem publicado a respeito de ações dentro de uma perspectiva ampliada de PS nas universidades latino-americanas. Apenas dois estudos^{18,19} apresentaram iniciativas de longa duração e que focaram a diversidade de áreas em PS. Isto não significa dizer que as outras ações reportadas não promovem saúde, mas sim, que a PS não está sendo contemplada em todo o seu potencial.

Há abundância de materiais correlatos ao tema que se resumem a aproximações preventivistas ou comportamentais do conceito de PS²⁸. Ademais, dos poucos estudos selecionados por contemplar os referenciais modernos do movimento e por realizar ou relatar ações práticas, identificamos a centralidade das ações de comunicação ou educação em saúde como sinônimos de PS; uma confusão conceitual já reportada em outros trabalhos²⁹⁻³⁰.

Para compreender essa limitação, há que se retomar a origem do movimento da UPS na abordagem baseada em ambientes, referindo-se a alterações mais saudáveis nos ambientes sociais e/ou físicos, tanto nas políticas e currículos, como nas parcerias e participação social para a concretização sustentável do projeto. Mesmo nas universidades, ainda persiste uma incapacidade de operacionalização prática da PS devido à sua complexidade e abrangência³¹.

³², incluindo diversos processos, principalmente sociais, como a cultura, a economia, a política, e o ambiente^{27,33-36}.

Nesse sentido, é importante destacar a diversidade das experiências relatadas nos estudos selecionados, a variedade de públicos participantes, os eixos universitários contemplados (ensino, pesquisa, extensão e gestão) e o tempo de existência dos programas. T tamanha heterogeneidade enriquece a presente revisão mas dificulta o estabelecimento de consensos sobre boas práticas em UPS na América Latina^{13,14}.

Na tentativa de “padronizar” a enorme gama possível de ações e processos em PS, cada vez mais estudos vem descrevendo algumas configurações ou padrões utilizados como referência à pesquisa ou criados para servirem de subsídio às ações^{30,31}. A presente revisão buscou analisar os estudos a partir do *Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud*¹⁷, optando pela sistematização e classificação das ações realizadas ou relatadas em quatro áreas estratégicas de uma UPS (gestão institucional, comunicação e participação social, ambientes saudáveis, e estilos de vida). Optamos por utilizar esse material produzido pela REDUPS do Chile, pois julgamos que sua produção a partir da América Latina ajuda a refletir a realidade dessa região.

Com isto em mente, quatro estudos¹⁸⁻²¹ destacaram ações relacionadas à gestão institucional e os mesmos também foram os únicos classificados a área de ambientes saudáveis. Todos os estudos mostraram ações educativas em saúde, encaixando-se dentro de comunicação, mas somente três mostraram a ênfase efetiva em participação social^{18-19,24}. Por fim, quatro estudos foram classificados dentro da área estilos de vida por apresentarem ações focadas em comportamentos dos indivíduos^{20,22-24}, ainda que contivessem, em seu escopo, visão ampliada de saúde.

Temos que apenas os dois estudos que relataram os processos de institucionalização de UPS foram capazes de apresentar ações correlatas às quatro áreas; os demais tendem a desenvolver ações de comunicação e/ou educação em saúde geralmente relacionadas à estilos de vida saudáveis. Apresentamos a seguir alguns aspectos relativos à cada uma dessas quatro áreas de ação em PS. A ordem dos tópicos reflete a articulação de ideias relativas ao tema e não à sua relevância.

Gestão institucional

Quatro estudos apresentam aspectos ligados à esfera de gestão, uma área essencial para que a promoção de saúde seja alcançada, dada sua natureza ampliada e complexa¹⁸⁻²¹. Eles trazem a preocupação com ações de planejamento e a noção sistêmica de PS, mostrando como um grande processo é composto por diversos projetos e mostrando como a etapa de planejamento deve preceder uma ação dentro da PS.

Uma grande contribuição ao desenvolver ações nessa área se refere à institucionalização da PS, uma vez que os projetos de UPS devem ser complexos e duradouros, incluindo aspectos da gestão que compreendem noções sistêmicas e processuais padronizadas^{30,36}. O envolvimento da gestão central da universidade é um importante elo agregador dos procedimentos abrangendo processos de mapeamento de recursos, execução e posterior avaliação^{18,19}. Um exemplo bem detalhado e sistematizado sobre os componentes envolvidos em todas essas fases a partir do olhar da Gestão em PS pode ser encontrado em um trabalho referencial sobre UPS³², de Dooris e Doherty, 2010.

Comunicação e participação social

Essa área contempla dois aspectos distintos que se relacionam de forma importante para que ocorra a PS. De forma sucinta, comunicação pode ser entendida como o processo pelo qual os humanos conseguem obter um entendimento mútuo por meio de transmissão de informações; já participação social significa dar oportunidade para que grupos participem de decisões e se sintam sujeitos empoderados e ativos na sociedade³⁷⁻³⁹. O fato da REDUPS considerá-los conjuntamente como uma área estratégica nas UPS refere-se justamente à relação entre comunicação, educação, empoderamento e participação social^{17,40}; são os sujeitos empoderados que assumem seu papel cidadão na participação ativa por uma sociedade mais justa e saudável⁴¹⁻⁴³.

No entanto, embora a educação seja um componente fundamental da PS, não a encerra. Educação em saúde traz em si o macroconceito de educação, que, mais do que complexo, pode ser entendido como a possibilidade de inserir o ser humano no meio social, integrá-lo a uma vivência significada e dar a ele uma noção de mundo⁴⁴, o que pode significar, numa visão sintética, o compartilhamento de conhecimentos⁴⁵.

Nessa direção, permanece o questionamento se os pesquisadores da área estão compreendendo a educação em saúde como sinônimo de PS ou como uma de suas estratégias. Isso porque, além do fato de todos os estudos terem mostrado ênfase em educação em saúde, em alguns, as atividades relatadas são quase que exclusivamente educativas, apesar do título dos trabalhos deixar clara a ênfase em PS^{20, 22-24}, assim como ocorre em outros estudos^{46,47}.

É importante destacar ainda que apenas três estudos envolveram efetivamente a participação social, remetendo ao papel central dos sujeitos participantes nos processos de tomada de decisão^{18,19,24}. Outro princípio que deve ser considerado ao discutir a participação social é a defesa da equidade, vinculada à diminuição das desigualdes injustas e evitáveis⁴¹⁻⁴³. Ao adotar essa perspectiva ampliada e moderna de PS, centrada nos princípios que orientam as ações³², percebe-se que os estudos parecem sofrer com a barreira da amplitude dessa proposta e dos diversos fatores envolvidos em sua concretização⁴¹.

A sistematização da presente revisão indica que quase todas as ações de educação em saúde ocorreram dentro de projetos de extensão em territórios adscritos à universidade, à exceção de um estudo²¹ que foi realizado na perspectiva exclusiva da pesquisa. A questão que fica é se estas atividades de extensão foram realizadas numa perspectiva de empoderamento, autonomia e participação, ou apenas numa perspectiva prescritiva centrada no saber do especialista. Apesar do mapeamento de estudos com adoção de perspectivas participativas^{18,19,24}, ainda persistem dúvidas e lacunas quanto ao nível dessas participações, se restritas à atuação cotidiana ou se contemplam, inclusive, a tomada de decisões.

Ambientes saudáveis

Aspecto central na proposta das UPS devido à sua aproximação com a abordagem baseada em ambientes, essa área implica que a universidade trabalhe na perspectiva de que os espaços físicos e sociais que sejam mantenedores e potencializadores da saúde⁴⁷⁻⁴⁸. A revisão identificou que os mesmos três estudos classificados na área de ambientes foram também classificados na área da gestão. Não à toa, uma vez que o ambiente universitário exige algumas configurações específicas e essas precisam estar previstas nos documentos institucionais³⁰⁻³¹, seja nos orçamentos e planejamentos dos espaços físicos, sejam nas normativas que regulam os processos desenvolvidos no e pelo ambiente social².

Embora essa interface entre gestão e ambientes possa indicar processos interssetoriais e de ações multi-estratégicas no nível central, pode também apontar para que as propostas de

ambientes mais saudáveis estão ainda na esfera do planejamento, indicando um longo caminho a ser percorrido na concretização das ações que focam em mudança de espaços para que essas possam ser orgânicas, contínuas e sustentáveis⁴⁸.

Estilos de vida

O estilo de vida é mais uma área da PS que deve ser desenvolvida nas ações de uma UPS. Mas não numa perspectiva Aristotélica de adequação do corpo ao meio através da prática⁴⁹ e sim como *habitus*, conceito baseado em Bourdieu⁵⁰, que abrange a estrutura incorporada por agentes sociais ao pensarem, sentirem e agirem. Nessa perspectiva, o estilo de vida não é resultante de escolhas individuais desinteressadas; elas refletem o conjunto de aspectos adequados (ou não) à vida de cada indivíduo e que são desenvolvidas dentro de suas condições sociais e influências do meio⁵¹.

Nesse sentido, é importante que essa área esteja conjugada a ao menos outra área para que se considere como uma ação em PS⁵². Caso o contrário, corre-se o risco de desvirtuar a PS para sua perspectiva comportamental⁵³ já superada desde 1986 pelos escritos da Carta de Ottawa⁵⁴. Conforme observado, todos os estudos selecionados que contemplaram intervenções focadas no estilo de vida também apresentaram ações em ao menos uma outra área de PS, em geral relacionados a processos de informação e participação, e/ou gestão em universidades. Não obstante, os temas desenvolvidos apresentaram uma ênfase preventiva ao uso de drogas, à educação sexual ou à inatividade física.

Embora na maioria dos estudos as ações informativas sobre os estilos de vida não tenham seguido a perspectiva autoritária e prescritiva que descaracterizaria uma ação promotora de saúde, é importante destacar que alguns métodos citados^{22,24} passam a impressão do processo de educação em saúde sendo tratado como momento para mera transmissão de informações, característica muito próxima ao referencial teórico do estilo de vida em sua abordagem comportamental defendida no relatório Lalonde^{28,53}.

Nessa direção destacamos ainda a enorme quantidade de estudos localizados nas bases de dados com o termo PS, mas que foram excluídos da revisão por abordarem ações preventivistas focadas na mudança de estilos de vida respaldados pelo discurso do risco epidemiológico. Ressaltamos que não se trata de uma crítica aos estudos epidemiológicos ou às ações preventivas em saúde, mas sim à simplificação contida nesse enfoque de PS já superado conceitualmente⁵⁴.

Por fim, salientamos que a maioria das ações descritas nos estudos revisados contemplaram o eixo universitário da extensão. Esse é um aspecto importante da UPS, uma vez que representa o ponto de contato entre os saberes, habilidades e práticas desenvolvidos no espaço acadêmico e a realidade local e suas concretudes³². É essa convivência que torna a universidade e a ciência mais humanas e que possibilitam o desenvolvimento de posturas críticas e éticas, essenciais à PS^{2,32}, sendo também o espaço ideal para o desenvolvimento de seus princípios como equidade, empoderamento, participação social, concepção holística, intersetorialidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade²⁸.

Considerações finais

Pesquisadores de universidades na América Latina têm publicado pouco sobre iniciativas promotoras da saúde na perspectiva universitária. Além disso, constata-se que, apesar de lançarem um olhar ampliado para a questão nos referenciais teóricos, a operacionalização prática dos componentes que compreendem uma ação promotora de saúde foi, muitas vezes, reduzida, e sua execução acabou por contemplar aspectos mais afeitos à visão comportamental preventivista ou de letramento em saúde.

Tal perspectiva é preocupante uma vez que o desafio para a construção de uma UPS passa pelos processos de formação dos sujeitos e de produção de conhecimentos nas IES. É preciso repensar o ser e fazer nas pesquisas em saúde a fim de ampliar as possibilidades interativas, além da articulação teoria e prática na ciência por meio de estratégias que fortaleçam, divulguem e adotem os princípios vigentes de PS. Os pesquisadores e docentes universitários da área da saúde devem superar o modelo cartesiano de pensar, ajudando a fortalecer olhares complexos sobre as relações entre condições, ambientes e sujeitos, onde a compreensão dos processos de saúde e adoecimento seja obtida a partir das dinâmicas sociais que constituem a universidade e a sociedade.

Isso envolve incorporar uma visão de UPS onde os processos sejam contínuos e abranjam todos os partícipes e as áreas de atuação da instituição. A partir das informações sistematizadas é possível identificar uma enorme lacuna na produção desse conhecimento e afirmar que as universidades Latino Americanas enfrentam dificuldades de ordem teórica, prática e estrutural para promover a saúde. Estudos adicionais sobre o tema são necessários para

favorecer olhares ampliados, multidisciplinares e intersetoriais que possam suscitar a implantação e o monitoramento de políticas e programas efetivamente comprometidos com a PS nas universidades.

Referências bibliográficas

1. Machado MH, organizador. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
2. Tsouros A, Dowding G, Thompson J, Dooris M. Health Promoting universities: Concept, experience and framework for action. 1ª ed. Copenhagen: Organização Mundial de Saúde; 1998.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
4. Becerra-Bulla F, Pinzón-Villate G, Vargas-Zárate M. Hacia La Creación Del Programa Universidad Promotora De La Salud Desde La Alimentación Y Nutrición En La Universidad Nacional De Colombia, Sede Bogotá. Rev. Fac. Med. 2011; 59(1):67-76.
5. Mello AL, Moysés ST, Moysés SJ. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. Interface (Botucatu). 2010; 14(34):683-92.
6. Rootman I. Evaluation in health promotion: Principles and perspectives. Organização Mundial de Saúde, Dinamarca, 2001.
7. Gräser S. The international development of health promoting universities. Prävention und Gesundheitsförderung. 2010; 5(3):179-84.
8. Arroyo H, Rice M. Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. In: Documento de trabalho desenvolvido para o IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud; 2009: Pamplona. Espanha. Costa Rica: Organización Panamericana de Saúde; 2009.p. 4 [acesso em 2017 jul 17]. Disponível em: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=document&category_slugguias-973&alias=247-una-nuevimiradaalmovimientouniversidadespromotorassaludlasamericas7&Itemid=1031.

9. Lange L, Vio F. Guia para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior. 1ªed. Santiago: Productora Gráfica Andros Limitada; 2006.
10. Arroyo-Acevedo H, Landazabal G, Pino C. Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). *Global Health Promotion*. 2014; 22(4):64-8.
11. Okanagan Charter for Health Promoting Universities and Colleges. International Conference Health Promoting Universities and Colleges. Kelowna, British Columbia; 2015.
12. Ribeiro IL, Medeiros JA. Graduação Em Saúde: Uma Reflexão Sobre Ensino-Aprendizado. *Trab. educ. saúde*. 2016; 14(1):33-53.
13. Pan American Health Organization. Public health capacity in Latin America and the Caribbean: assessment and strengthening. 1ª ed. Washington: PAHO; 2007.
14. Paim J, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*. 1998; 32(4):299-316.
15. Osório A, Schraiber L. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc*. 2015; 24(1):205-18.
16. Mendes IJ, Fortuna CM, Porto CM, Ferreira MC, Kemura ML, Tocio MO. Um programa sobre PS do adulto para trabalhadores em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1994; 2(1):95-108.
17. Red Nacional de Universidades Promotoras de Salud (REDUPS). Guía para autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras de salud. 1ª ed. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2013.
18. Barboza VV. Una propuesta de abordaje de la promoción de la salud a partir de la experiencia de trabajo en la universidad de costa rica. 2010; 10(Especial):1-23.
19. Granados MC, Alba LH, Becerra NA. La Pontificia Universidad Javeriana como un escenario para la promoción de la salud. *Univ. Med*. 2009; 50(2): 184-93.
20. Rodríguez AP. Modelo de Promoción de la Salud, con Énfasis em Actividad Física, para una Comunidad Estudiantil Universitaria, *Rev. de Salud publica*. 2003; 5(3):284-300.

21. Castro DD. Programas de promoción de la salud en los lugares de Trabajo: El caso de los trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de Colombia [Dissertação]. Bogotá (Cundinamarca): Universidad Nacional de Colombia; 2014.
22. Mainegra AB, Aportela OG, Díaz LH, Hernández NR. Festival recreativo educativo en salud: una experiencia de promoción de salud en la universidad de la habana. In: Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud; 2012: Havana, Cuba. Havana: Universidad de la Habana; 2012 [acesso em 2017 jul 17]. Disponível em: <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/conven-cionsalud/2012/paper/view/1600/661>.
23. Bretas JR, Pereira SR. Projeto de extensão universitária: um espaço para formação profissional e PS. *Trab. educ. saúde*. 2007; 5(2):367-380.
24. Cabrera AR, Sanabria GR, Palú ME, Cáceres BP. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitários, *Rev. Cubana de Salud Publica*. 2013; 39(1):161-74.
25. Renata Firmino R, Patrício J, Rodrigues L, Cruz P, Vasconcelos A. Educação popular e PS do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB, *Rev. de Atenção primária à saúde*. 2010; 13(4):523-30.
26. Silva AA. O lúdico como estratégia de PS: integrando universidade e crianças de comunidades ribeirinhas e rurais. *ExtraMuros- Rev. de Extensão da Univasf*. 2015; 3(1): 260.
27. Dooris M. Expert voices for change: bridging the silos—towards healthy and sustainable settings for the 21st century. *Health Place*. 2013; 20:39-50.
28. Sícoli JL, Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*. 2003; 7(12):91-112.
29. Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2000; 5(1):163-77.
30. Freitas ML, Mandu EN. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta paul. enferm*. 2010; 23(2):200-5.
31. Santos, LG, Lemos SM. Construção do conceito de PS: comparação entre estudantes ingressantes e concluintes de Fonoaudiologia. *Rev. soc. bras. fonoaudiol*. 2011; 16(3):245-51.

32. Dooris, M, Doherty, S. Healthy Universities: current activity and future directions - findings and reflections from a national-level qualitative research study. *Health Promotion International*. 2010; 25:94-106.
33. Thorogood M, Coombes Y. *Evaluating Health Promotion: Practice and Methods*. 3ª ed. Londres: Oxford University Press; 2014.
34. Viana AL, Fausto MC, Lima LD. Política de saúde e equidade. São Paulo Perspec. 2003; 17(1):58-68.
35. Crozatti J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. *Cad. estud.*1998; 18:01-20.
36. Contini ML. Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação. *Psicol. cienc. prof.* 2000; 20(2): 46-59.
37. Pinto JM. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 1995; (8-9):77-96.
38. Hawe P. Social capital and health promotion: a review. *Social Science and Medicine*. 2000; 51(6):871-85.
39. Berkman L. The Role of Social Relations in Health Promotion. *Psychosomatic medicine*. 1995; 57(3):245-54.
40. Assis M, Kantorski L, Tavares J. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. *Rev. bras. enferm.* 1995; 48(4): 329-40.
41. Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promot International*. 2000; 15 (4): 369-76.
42. Paim JS; Silva LM. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*. 2010; 12 (2): 109-14.
43. Bacellar A, Rocha J, Flor M. Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Rev. NUFEN*. 2012; 4(1):127-40.
44. Saviani D. O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil: perspectiva histórica. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2004; 14(28):113-24.
45. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
46. Oliveira HM, Goncalves MJ. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. *Rev. bras. enferm.* 2004; 57(6): 761-3.

47. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e PS: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(8):1732-42.
48. Oliveira JC. Segurança e saúde no trabalho: uma questão mal compreendida. *São Paulo Perspec*. 2003; 17(2):03-12.
49. Setton MG. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev. Bras. Educ*. 2002; 20:60-70.
50. Bourdieu P. *Homo academicus*. Stanford: Stanford University Press, 1988.
51. Peters G. Habitus, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. *Rev. bras. Ci. Soc*. 2013; 28, (83):47-71.
52. Fernandes MC. Universidade e a extensão universitária: a visão dos moradores das comunidades circunvizinhas. *Educ. rev*. 2012; 28(4): 169-94.
53. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Relatório LaLonde. Ottawa, Ontário; 1974.
54. Ottawa Charter for Health Promotion. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, Ontario; 1986.