



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JULIANA VIEIRA DE MORAES

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DO ENSINO SUPERIOR

Curitiba

2022

JULIANA VIEIRA DE MORAES

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DO ENSINO SUPERIOR

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciência da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Daiana Kloh Khalaf

Curitiba

2022

Moraes, Juliana Vieira de  
Promoção da saúde no âmbito do ensino superior [recurso eletrônico] / Juliana  
Vieira de Moraes – Curitiba, 2022.  
1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Daiana Kloh Khalaf

1. Promoção da saúde. 2. Prática integral de cuidados em saúde.  
3. Universidades. 4. Estudantes. I. Khalaf, Daiana Kloh. II. Universidade Federal do  
Paraná. III. Título.

CDD 613



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JULIANA VIEIRA DE MORAES** intitulada: **PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DO ENSINO SUPERIOR**, sob orientação da Profa. Dra. **DAIANA KLOH KHALAF**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa. A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 07 de Dezembro de 2022.

Assinatura Eletrônica

06/12/2022 13:38:41.0

DAIANA KLOH KHALAF

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/12/2022 16:38:48.0

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

13/12/2022 16:18:54.0

IRMA DA SILVA BRITO

Avaliador Externo (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA)



Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80210-170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 240620

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.pppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 240620

*Aos meus pais, **Marco** e **Jane**, por sempre acreditarem em mim e por terem me ensinado o valor da educação para entender o mundo e por acreditarem em mim, mesmo quando eu já duvidava de mim mesma durante esta caminhada.*

*À minha irmã **Geovana**, por sua preocupação, carinho e incentivo.*

*Ao meu namorado, amigos e familiares, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, autor de maravilhas em minha vida, cuja presença auxilia nas minhas escolhas, abrindo caminhos, segurando minha mão, servindo como guia no decorrer da minha jornada, me dando confiança frente às adversidades, me acompanhando rumo à realização dos meus sonhos. Sem Deus, nada disso seria possível.

À Profa. Daiana Kloh Khalaf, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Tantas vezes que em nos reunimos e, embora em algumas eu chegasse perdida e desestimulada, bastavam alguns minutos de conversa e umas poucas palavras de incentivo e lá estava eu, com o mesmo ânimo para desenvolver da melhor forma o nosso trabalho. Obrigada por acreditar em mim e pelos tantos elogios e incentivos. Tenho certeza de que não chegaria a este ponto sem seu apoio. Você foi que está sendo muito mais que uma orientadora. Para mim, você será sempre uma amiga!

Às Professoras e alunos que compõem os grupos NESC, NEPE e LIPVISA, pela dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado.

À minha amiga e companheira de mestrado Roseli Camargo, pelos trabalhos e disciplinas realizados em conjunto e, principalmente, pela preocupação e apoio constantes. Seus conhecimentos e dedicação foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A todos os demais amigos e amigas do mestrado, obrigada pelo convívio, amizade e apoio demonstrado.

À minha amiga e irmã de coração Vitória, pelos debates, risadas e lágrimas, pelos incentivos em iniciar e concluir mais uma etapa da minha vida. A crônica “Amigos”, de Vinícius de Moraes, descreve, de forma irrefutável, o quanto você é importante para mim.

À minha família, tios(as), afilhada, padrinhos e madrinhas, por apoiarem e compreenderem o meu isolamento em algumas ocasiões especiais.

À minha mãe Jane e ao meu pai Marco, deixo um agradecimento especial, por todo amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais. E à minha irmã querida Geovana, sempre pronta a me apoiar em tudo nesta vida e me fazer rir, mesmo nos dias exaustivos.

Ao meu namorado Danrley, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer a meu lado, mesmo sem os carinhos rotineiros, sem a atenção devida e alguns momentos de estresse e isolamento. Obrigada pelo presente de cada dia, pelo seu sorriso e por saber me fazer feliz.

À minha afilhada Aurora, por todo amor incondicional que você sempre me deu. Mesmo sem perceber, em muitos momentos juntas, você me fez feliz e em paz, obrigada por você fazer parte da minha vida. A sua existência é o reflexo mais perfeito da existência de Deus.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein)



## RESUMO

O presente estudo buscou analisar a percepção dos gestores universitários acerca das ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito de uma instituição pública de ensino superior da região Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória. A coleta de dados foi através de entrevistas individuais, que ocorreram no período de junho a agosto de 2022, e teve como participantes seis gestores que exercem funções de coordenações de cursos de graduação, serviços de saúde e gestores administrativos. O questionário utilizado nas entrevistas foi elaborado com base nos critérios de Boas Práticas em Saúde do *American College Health Association*, contemplando as seguintes dimensões: Integração com a missão do ensino superior; Prática de abordagem socioecológica; Colaboração; Prática inclusiva; Prática baseada na teoria; Prática informada por evidência; Desenvolvimento profissional contínuo; e Serviço para o campo. As falas foram tratadas com o apoio do *software* WebQDA, e analisadas pelo referencial de Análise de Conteúdo, assim os resultados foram organizados em três categorias: “perfil do gestor universitário e seus desafios”; “ensino superior no campo da saúde”; e “responsabilidade social e desafios da promoção da saúde como resultado da pandemia e suas implicações para as universidades”. O perfil dos gestores aponta predominância feminina, fato que pode estar relacionado às mudanças evidentes no cenário de trabalho, antes dominado pelo sexo masculino, com ampliação do reconhecimento e valorização da mulher, assim como a enfermagem ser considerada uma das principais responsáveis pelo cuidado em saúde. Identifica-se que os gestores universitários compreendem os fatores social, cultural, de sustentabilidade e econômico como essenciais e correlacionados para que seja promovida a saúde da comunidade acadêmica, porém, em sua maioria, são relatadas fragilidades em instituir ações efetivas nestes eixos, enfatizando os cortes financeiros e contingenciamentos sofridos pela universidade. Os resultados do estudo apontam que a implementação de práticas de promoção da saúde no âmbito da Instituição Ensino Superior ainda se constitui um desafio para os pesquisadores e entusiastas da área. Todavia, apesar de a instituição de ensino pesquisada não pertencer à Rede de Universidades Promotoras da Saúde, foram notados o desenvolvimento e a busca por melhores condições e cuidados em saúde da comunidade acadêmica. Vale ressaltar que um ambiente saudável é um estímulo para que os sujeitos desenvolvam condutas positivas de saúde, tendo em vista que apenas mudanças físicas não constroem uma Universidade Promotora de Saúde, sendo necessárias políticas e estruturas curriculares, lideradas por gestores universitários comprometidos com o desenvolvimento de estilos de vidas saudáveis. Assim, refletir sobre a promoção da saúde no setor do ensino superior é uma forma de divulgar o conhecimento sobre esse conceito de saúde e as Políticas Públicas voltadas a ele.

**Palavras-chave:** promoção da saúde; prática integral em saúde; universidade; estudante.

## ABSTRACT

The present study sought to analyze the perception of university managers about the health promotion actions developed within a public institution of higher education in the South of Brazil. This is a qualitative, descriptive and exploratory research. The data collection was through individual interviews, which occurred in the period from June to August 2022, and had as participants six managers who exercise functions in undergraduate course coordinations, health services, and administrative managers. The questionnaire used in the interviews was based on the American College Health Association's Good Health Practice criteria, covering the following dimensions: integration with the mission of higher education; practice with a social-ecological approach; collaboration; inclusive practice; theory-based practice; evidence-informed practice; continuous professional development; and, service to the field. The speeches were processed with the support of WebQDA software and analyzed using Content Analysis, so the results were organized into three categories: "profile of the university manager and his challenges"; "higher education in the health field", and; "social responsibility, and challenges of health promotion as a result of the pandemic and its implications for universities". This fact may be related to the evident changes in the work scenario, previously dominated by men, with increased recognition and appreciation of women, as well as nursing being considered one of the main agents responsible for health care. It was identified that university managers understand the social, cultural, sustainability and economic factors as essential and correlated to promote the health of the academic community, however, most of them report that there are weaknesses in instituting effective actions in these axes, emphasizing the financial cuts and contingencies suffered by the university. The results of the study indicate that the implementation of health promotion practices in the scope of the Higher Education Institution still constitutes a challenge for researchers and enthusiasts in the area. However, despite the fact that the researched educational institution does not belong to the Health Promoting Universities Network, the development and search for better conditions and health care for the community that attends it was noticed. It is worth mentioning that a healthy environment is a stimulus for the subjects to develop positive health behaviors, however, only physical changes do not build a Health Promoting University, it is necessary curricular policies and structures, led by university managers committed to the development of healthy lifestyles. Thus, reflecting on health promotion in the sphere of higher education is a way to spread knowledge about this concept of health and the Public Policies aimed at it.

**Keywords:** health promotion; integral healthcare practice; universities; student; teaching care integration services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Esquema dos critérios de acreditação acadêmica. Curitiba, PR, 2019..... 55

QUADRO 1 - Categorias e subcategorias codificadas em árvore segundo os temas identificados a partir da ..... 64

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Marcos históricos da Promoção da Saúde segundo seu ano e a concepção de saúde, Curitiba, 2022 .....	27
TABELA 2 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa. Curitiba, 2022. ....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ACHA</b>	American College Health Association
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual de Saúde
<b>CASA</b>	Unidade Centro de Atenção à Saúde
<b>CAISS</b>	Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Servidor
<b>CAPS-i</b>	Centro de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenil
<b>CEP</b>	Comissão de Ética e Pesquisa
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
<b>COVID-19</b>	Coronavírus Disease – 2019
<b>DeCs</b>	Descritores de Saúde
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais de Saúde
<b>EPI</b>	Equipamento de Proteção Individual
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FMI</b>	Fundo Mundial Internacional
<b>IES</b>	Instituição de Ensino Superior
<b>Mesh</b>	Medical Subject Heading
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PDI</b>	Plano de Desenvolvimento Individual
<b>PIBIC</b>	Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
<b>PICo</b>	Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho
<b>PIVIC</b>	Programa Institucional Voluntário de Iniciação Científica
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PRAE</b>	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
<b>PROGEPE</b>	Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
<b>PrS</b>	Promoção da Saúde
<b>PubMed Central</b>	Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA
<b>REBRAUPS</b>	Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde
<b>RECUID</b>	Grupo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental

<b>RiUPS</b>	Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras da Saúde
<b>SanRURAL</b>	Saneamento e Saúde Ambiental Rural
<b>SCIELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCC</b>	Trabalho de Conclusão de Curso
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFG</b>	Universidade Federal de Goiás
<b>UFPR</b>	Universidade Federal do Paraná
<b>UNCED</b>	United Nations Conference on Environment and Development
<b>UNEP</b>	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
<b>UPS</b>	Universidade Promotora de Saúde
<b>WHO</b>	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	<b>14</b>
<b>2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVO</b> .....	<b>21</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	21
<b>4 MARCO CONCEITUAL</b> .....	<b>22</b>
4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	22
4.1.1 Histórico internacional da política de promoção da saúde .....	28
4.1.2 Política de promoção da saúde no Brasil .....	31
4.1.3 Determinação social da saúde.....	33
4.1.4 Determinação e determinantes sociais de saúde.....	34
4.1.5 Um novo olhar em promoção da saúde .....	38
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>40</b>
5.1 CONCEITUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE SAÚDE.....	40
5.1.1 Divergências entre a promoção e a prevenção em saúde .....	46
5.2 CONCEITUALIZANDO A UNIVERSIDADE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	47
5.2.1 Universidade e o perfil dos estudantes .....	47
5.2.2 Universidade promotora da saúde .....	50
5.2.3 Universidades promotoras da saúde: implementar, avaliar e desenvolver.....	52
5.2.4 Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde.....	54
<b>6 MÉTODO</b> .....	<b>57</b>
6.1 EQUIPE DE PESQUISA E REFLEXIVIDADE .....	57
6.1.1 Características pessoais .....	57
6.1.2 Relacionamento com os participantes .....	57
6.2 PROTOCOLO DO ESTUDO .....	58
6.2.1 Método.....	58
6.2.2 Seleção dos participantes.....	58
6.2.3 Recrutamento dos participantes.....	59
6.2.4 Cenário.....	59
6.2.5 Elaboração do instrumento de coleta dos dados .....	61
6.2.6 Coleta de dados.....	61
6.3 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE.....	62
6.4 ASPECTOS ÉTICOS .....	66

<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>68</b>
7.1 PERFIL DOS GESTORES UNIVERSITÁRIOS.....	68
7.2 ENSINO SUPERIOR NO CAMPO DA SAÚDE E A RESPONSABILIDADE SOCIAL UNIVERSITÁRIA .....	72
7.3 DESAFIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO RESULTADO DA PANDEMIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS UNIVERSIDADES.....	84
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE 1 – AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ESTUDANTES NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO 1 –PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP.....</b>	<b>124</b>



## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em 2016 iniciei o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Goiás (UFG). No ano seguinte, obtive meu primeiro contato com o Programa de Iniciação Científica (PIBIC e PIVIC), ingressando no Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental (RECUID), que busca favorecer a interlocução entre a produção científica e o cenário assistencial, proporcionando espaços crítico-reflexivos do cuidado, contribuindo para a formação segundo a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Sistema Único de Saúde.

Neste ano, como voluntária no núcleo de pesquisa, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-i), com usuários que sofriam com o transtorno da automutilação. Este projeto foi utilizado como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado no ano de 2018.

Devido ao meu desempenho nas aulas práticas e teóricas da disciplina Práticas em Saúde Coletiva, fui convidada para participar do projeto de Saneamento e Saúde Ambiental em Comunidades Rurais e Tradicionais de Goiás (SanRURAL), que visa ao desenvolvimento de pesquisas acerca das condições de saúde e segurança do saneamento em comunidades rurais e tradicionais do estado de Goiás, de forma articulada entre os gestores municipais, profissionais das secretarias municipais e líderes locais e membros das comunidades, em consonância com a política do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental e o Sistema Único de Saúde.

Neste projeto, ingressei na área de imunização e avaliei os cartões de vacina de crianças maiores que um e menores de cinco anos, na intenção de quantificar o déficit, o atraso ou a pontualidade da vacina contra Hepatite A nas comunidades ribeirinhas, assentamentos e quilombolas dos municípios de Goiás. Esta pesquisa foi apresentada em congresso e publicada em anais. Além de concorrer ao prêmio de "Melhor Trabalho de Iniciação Científica, Tecnológica e em Inovação da UFG 2020" pelo setor de Ciências da Saúde.

A partir de deste projeto, começo a ter mais aproximação com publicações sobre Vigilância e Promoção em saúde, buscando compreender quão complexa e completa é a Atenção Primária, e como esses assuntos se entrelaçam na busca para viabilizar a articulação de conhecimentos interdisciplinares no cuidado individual e coletivo. Além da ampliação de ações e mudanças no sistema de saúde.

Destaco que busquei aproveitar a minha trajetória acadêmica ao máximo, participando das oportunidades que a universidade poderia me proporcionar, incluindo a participação em

Congressos dentro e fora da universidade, o Encontro Nacional dos Estudantes de Enfermagem, monitorias de disciplinas de núcleo livre e projetos de extensão.

Com o início da pandemia de COVID-19, ingressei na campanha de vacinação contra Influenza, no sistema DRIVE- Thru, logo depois me iniciei no Projeto TENDA/UFG, quando fizemos a testagem e o telemonitoramento dos pacientes com suspeita ou positivos para COVID-19, nosso público eram os profissionais de saúde e de segurança pública.

Em junho de 2020, fui convidada a participar como bolsista do projeto de extensão PROJETO EPI/UFG, que estruturou um centro de produção de máscaras, escafandros e aventais, seguindo as condutas básicas de higiene e limpeza preconizadas para produção de equipamentos hospitalares e as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas quanto aos materiais têxteis e não têxteis e suas especificações. Como bolsista do projeto, minha função era garantir o cuidado com os EPIs, desde o corte até o empacotamento, com os voluntários da fábrica, controle de sinais e sintomas e higienização e desinfecção das mãos, com isso buscando a promoção da saúde dos trabalhadores da unidade e dos seus familiares.

Com a conclusão da Graduação em Enfermagem em setembro de 2020, havia um desejo de melhor compreender as dimensões da Enfermagem e da Vigilância em Saúde, além da descoberta da docência. O passo seguinte foi a escrita do pré-projeto e inscrição no Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Iniciei meu mestrado acadêmico em enfermagem em março de 2021, na busca de ampliar meus conhecimentos como enfermeira. Além de destacar a promoção da saúde dos estudantes e como a qualidade da educação interfere de forma direta na qualidade de vida desses indivíduos, levando à reflexão e a possíveis políticas intervencionistas para essa população.

A aproximação com a temática emergiu da situação emergencial em que as universidades se encontram diante do contexto da pandemia de COVID-19, da minha experiência como estudante que acompanhou a brusca transição das aulas presenciais para o ensino remoto emergencial. Além de ser enfermeira recém-formada, por uma instituição de ensino pública, vi a necessidade de aprofundar os estudos sobre essa temática e a oportunidade com o mestrado de produzir um estudo que ampliará o olhar para esse público e a compreensão do impacto das ações de promoção da saúde na determinação do processo saúde-doença.

## 2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente estudo tem como tema a Promoção da Saúde no âmbito do ensino superior e parte da premissa de que a saúde é reflexo social, econômico, político e cultural. Ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, ela depende do momento histórico e da classe social a que pertencem (SCLIAR, 2002).

Nesta perspectiva, percebe-se o quanto é complexo compreender os aspectos que modificam o bem-estar de uma pessoa e como as peculiaridades da vida de cada um interferem de maneira diferente no processo saúde-doença. Emergem assim a necessidade e os desafios da sociedade em pensar novas formas sobre o que é saúde e sua determinação social, bem como a promoção à saúde em prol da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo.

A efervescência do conceito de Promoção da Saúde (PrS) ocorre no século XX, sendo o termo citado pela primeira vez por Henri Sigerist, em 1946, ao definir os quatro campos da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a recuperação dos doentes e a reabilitação (FERREIRA; BUSS, 2002). Para Sigerist (1990), o conceito de PrS estava relacionado às condições de trabalho, educação, cultura, descanso e recreação.

O primeiro marco da PrS é o Relatório Lalonde (1974), elaborado por Marc Lalonde, primeiro Ministro da Saúde e do Bem-Estar do Canadá. Este documento se torna um marco conceitual e operacional do campo da PrS, ao resumir um ideário que preconiza como eixo central um conjunto de ações que buscam intervir positivamente sobre os comportamentos individuais, considerados como não saudáveis, com enfoque eminentemente preventivista de mudança de estilos de vida e de comportamento (CARVALHO, 2017).

No decorrer dos anos, ocorrências históricas contribuíram para o desenvolvimento e ampliação do conceito atual de PrS (BECKER; HEIDEMANN, 2020). A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa, Canadá, é considerada como o segundo marco histórico. Este evento deu origem à Carta de Ottawa, que implementou princípios éticos e políticos, além de estabelecer novos campos de atuação, descentralizando do setor de saúde, voltando-se para outros setores, como os econômicos e os sociais (WHO, 1986).

O desenvolvimento da concepção de PrS emerge do contexto histórico e político de cada época, partindo dele a responsabilização dos indivíduos e a consequente culpabilização pelo seu adoecimento a um referencial que objetiva o enfrentamento dos processos que determinam o processo saúde-doença. Neste ínterim, considera-se que as mudanças nos perfis

epidemiológicos demandam intervenções e ações estatais e da sociedade, modificando as realidades com iniquidades crescentes a cada dia para determinados grupos sociais. Esses processos se estabelecem a partir das relações de produção<sup>1</sup> e propriedade, que são asseguradas por grupos hegemônicos definidores da estrutura de determinadas sociedades (BREILH, 2013).

Assim, a PrS passa a ser analisada sob a perspectiva da determinação social, em que o nível de acesso ou de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privacidade de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde e ainda o acesso e a utilização dos serviços de saúde. Portanto, o foco nas diferenças relativas tendem a interpretar as desigualdades em saúde como resultado dos processos de produção de vida material e não-material de uma sociedade (BREILH, 1990; SOUZA, 2020).

Assim, tendo em vista a vasta diversidade social e cultural que percorre o campus de uma universidade, é preciso sair da lógica hegemônica de saúde e voltar-se para a lógica da determinação social. Destaca-se que a PrS tem sido aplicada de forma bem-sucedida nas escolas de ensino básico e médio em todo o mundo. Entretanto, no ensino superior, as intervenções não são tão amplas, visto que a PrS não é um "*core business*"<sup>2</sup> das instituições (FERREIRA; BRITO; SANTOS, 2018), ou seja, não corresponde a um eixo principal de atuação das Instituição de Ensino Superior (IES).

Definido por seus aspectos pedagógicos, científicos e tecnológicos, o ensino superior se materializa na IES, que é constituída por um ambiente físico, psicológico e social para a comunidade acadêmica, sendo desejável que haja um investimento no desenvolvimento das atividades de ensino, pesquisa e extensão, assim ampliando as habilidades dos estudantes, concomitantemente com um investimento nas práticas de saúde (FERREIRA; BRITO; SANTOS, 2018).

Assim, as UPS surgem para incorporar a PrS ao ambiente acadêmico, levando em consideração que a IES se constitui como um ambiente físico, psicológico e social para a comunidade universitária. A transformação da universidade em UPS requer responsabilidade social destas instituições e uma percepção de que elas podem estimular positivamente o modo de vida e de saúde dos estudantes (BRAVO *et al.*, 2013).

Esta relação entre educação e saúde ganha maior projeção quando adotadas boas práticas da PrS através da autonomia, infraestrutura e redes complexas de apoio

---

<sup>1</sup>As relações de produção são relações de poder econômico sobre a força de trabalho e os meios de produção (COHEN, 2010).

<sup>2</sup>*Core business* significa a parte principal de um determinado negócio, é o ponto forte ou central de uma empresa que deve ser trabalhado estrategicamente (CAMBRIDGE DICTIONARY, 2021).

(SIRAKAMON *et al.*, 2017), abordadas desde o início da vida acadêmica até o egresso deste estudante da instituição. É desejável que as IES implementem ações e estratégias de PrS que envolvam os estudantes, professores e os recursos locais, garantindo sua sustentabilidade (FERREIRA; BRITO; SANTOS, 2018).

O conceito de PrS se faz recente tanto no ambiente acadêmico quanto na comunidade, na qual ele ainda se confunde com a ideia de Prevenção da Saúde. Refletir sobre a PrS dentro das IES é uma forma de divulgar o conhecimento sobre esse conceito de saúde e as Políticas Públicas voltadas para ele.

O programa das Universidades Promotoras de Saúde (UPS), já implementado em alguns países, busca vivenciar na prática aquilo que, no futuro, o jovem formado poderá promover aos indivíduos e à comunidade onde trabalhará, incluindo a promoção da autonomia<sup>3</sup> (OLIVEIRA *et al.*, 2019). As estratégias de ambientes saudáveis têm foco nos locais ao redor de uma comunidade, não apenas no indivíduo, assim, a atuação em ambientes onde os indivíduos frequentam diariamente torna-se necessária para compreender o processo saúde-doença e instituir ações de PrS (ARROYO; RICE, 2009; HERAUD, 2013; LARA *et al.*, 2008), incentivando o surgimento do movimento das UPS.

Na América Latina, este movimento teve início em 1980, impulsionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fortalecendo-se através de ações das instituições públicas e privadas de ensino e conferências internacionais, formando a Rede Ibero Americana de Universidade Promotoras da Saúde (RiUPS), que consiste na integração das universidades dos países da América Latina que atuam com a PrS. Esta Rede busca associar individualidades dos estudantes, compartilhar experiências e identificar potencialidades, além de argumentar fragilidades nessa área (ARROYO; RICE, 2009).

A estratégia de ambientes saudáveis, nas universidades, fortifica-se na década de 1990, quando a *University of Central Lancashire*, situada em Preston (Inglaterra), no ano de 1995, efetiva um projeto de UPS (SOARES; PEREIRA, CANAVARRO, 2015), com centralidade em cinco temáticas - álcool, exercício, saúde mental, saúde ocupacional e sexo seguro (MAIA *et al.*, 2010) -, tornando-se precursora na implementação de ações de PrS dentro das universidades.

Em Israel, a adoção de estratégias de PrS no ambiente de ensino superior foi estimulada por políticas públicas adotadas pelo Ministério da Educação (HOF-NAHOR;

---

<sup>3</sup>Promoção da Autonomia está relacionada então à ideia de liberdade, de fazer suas próprias escolhas, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e da possibilidade de traçar suas trajetórias de vida (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

BISWAS, 2020). As estratégias de PrS inicialmente propostas sofreram ampliação, na universidade israelense, o reitor assinou uma declaração que integra e prioriza a saúde e o estilo de vida, como parte integrante do funcionamento da instituição, além de estar presente na matriz curricular dos cursos.

Diante deste exemplo, vemos que as atividades incorporadas pela IES vão desde cartazes pendurados em corredores e áreas centrais de trânsito, e-mails com mensagens semanais e detalhes de palestras de PrS abertas a todos, ambientes com microondas, refrigeradores e aquecedores de água, salas equipadas e adequadamente mobiliadas para mães lactantes ordenhar e refrigerar o leite materno num ambiente agradável, sendo que tal estratégia foi implementada visto que na IES 80% dos estudantes são mulheres. A partir das ações realizadas, observou-se aumento da procura dos estudantes pelas respectivas instituições, estabelecendo na entrega do conteúdo e do currículo uma vantagem nas candidaturas dos estudantes (HOF-NAHOR; BISWAS, 2020).

Universidades envolvidas com projetos de PS podem obter muitos benefícios, desde a valorização de sua imagem pública, sua importância para a saúde local, regional e nacional, a melhoria dos projetos institucionais e pedagógicos, incluindo a melhoria da qualidade de vida dos envolvidos, e as condições de atividade e de permanência das pessoas que ali trabalham, estudam, vivem e socializam. Em termos acadêmicos, um projeto como este tem o potencial de reforçar as discussões sobre saúde em várias áreas acadêmicas.

Espera-se com este estudo ampliar a credibilidade de pesquisas inovadoras na área de promoção da saúde no ambiente acadêmico além de dar suporte para uma mudança no foco das pesquisas, direcionando-as mais para ações ampliadas e interdisciplinares, voltadas para busca de soluções de impactos sobre a qualidade de vida desta comunidade, além de estimular as instituições pertencentes às Redes de UPS a divulgar suas ações, os impactos positivos e negativos, dificuldades iniciais e retornos para a promoção da saúde neste ambiente.

No Brasil, não há uma política institucional em nível nacional que promova a PrS nas universidades, todavia em países da América e Europa vemos um forte crescimento do movimento das UPS (OLIVEIRA, 2017). Nestas instituições, a PrS atua de forma oblíqua, alcançando desde projetos específicos até a grade curricular das instituições (CABIESES *et al.*, 2008).

Segundo Garcia, Capellini e Reis (2020), este momento de desenvolvimento dos estudantes é fragilizado por pressões impostas pela adaptação a um novo modo de vida, podendo ocorrer frustrações em seus projetos de vida, fato este que leva essa população a se automedicar e ao uso de outras substâncias lícitas e ilícitas. Diante do exposto, levantam-se os

seguintes questionamentos: *a universidade exerce influência na saúde dos estudantes? Os estudantes conseguem perceber as ações de PrS? A IES conhece o perfil do seu público? Há ações de PrS que visam às diferenças culturais e sociais desta comunidade?*

Quantas vezes nós reclamamos de exaustão física e mental, insônia e/ou sonolência, falta de tempo para realização das atividades assíncronas e estudo complementar, sintomas de ansiedade, depressão e desenvolvimento de manias! Nesta corrida contra o tempo, buscando obter um bom desempenho acadêmico, estruturar o currículo para os anseios profissionais futuros, muitas vezes normalizamos e, até mesmo, romantizamos esses sinais e sintomas, como parte do processo formativo da universidade.

Diante deste cenário, os estudantes do setor de saúde são alvo de preocupação, visto que têm jornadas de práticas e teorias de forma integral, aflição e autocobrança por lidar com vidas humanas, que podem ser fatores estressores para estes indivíduos. A IES, como ambiente promotor de saúde, deve desenvolver atividades que busquem impactar o desenvolvimento de profissionais saudáveis, conscientes do seu próprio bem-estar físico, mental e social (ESPINDOLA *et al.*, 2020).

Portanto, esta dissertação de mestrado tem como pergunta de pesquisa: *Qual a percepção dos gestores universitários públicos acerca das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pela Instituição de Ensino Superior?*

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a percepção dos gestores universitários acerca das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas no âmbito de uma instituição pública de ensino superior da região Sul do Brasil.



## 4 MARCO CONCEITUAL

### 4.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi oficialmente instituída em 1948, três anos após o fim da Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de definir a saúde a nível internacional, com base no fato de ser a saúde determinada pelo equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual, não apenas na ausência de doenças (OMS, 1946).

Em meados do século XX, estudiosos da época começam a notar uma forte relação entre o setor da saúde e o setor social, mobilizando o foco de seus estudos para a compreensão dessa nova concepção de saúde (BUSS; CARVALHO, 2009). Para Scliar (2002), a saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, e esta definição dependerá do espaço, do lugar e da classe social a que a pessoa pertence.

No movimento da reforma sanitária, a saúde começa a ganhar um conceito ampliado, trazendo a saúde como a relação que o homem estabelece entre si e a natureza. Ou seja, para se ter saúde, é necessário ter acesso à educação, renda, habitação entre outros aspectos necessários à qualidade de vida dos indivíduos (COHN, 2009).

A saúde acompanha as transformações do modelo de sociedade, sendo assim são iniciadas discussões para introduzir e definir PrS. Esta começa a ser compreendida como a relação entre as fragilidades e potencialidades individuais e coletivas, tendo as esferas políticas, a função de garantir os direitos, a acessibilidade aos serviços e as possibilidades de desenvolvimento pleno dos indivíduos, de maneira equânime (BRASIL, 2020d).

Os princípios da PrS são marcadores importantes nas ações sociais e políticas para sua construção e identificação, formulando a relação entre poder e produção presente, desde um bairro até um país, determinando a produção da saúde (BRASIL, 2014). Sendo eles:

- *Equidade*: estabelecimento de ações que reduzam as desigualdades sociais pela priorização das intervenções nos segmentos com piores condições de vida;
- *Intersetorialidade*: colaboração entre múltiplos setores para conclusão dos objetivos propostos;
- *Empoderamento*: processo de capacitação visando a que os indivíduos e a comunidade conquistem maior controle sobre os fatores, pessoais, econômicos e ambientais, que podem afetar a saúde;

- *Participação social*: participação dos indivíduos em todas as fases das ações de promoção da saúde, ou seja, desde o planejamento e implementação até a avaliação;
- *Sustentabilidade*: construção de ações que os indivíduos e a comunidade podem manter mesmo que a própria ação seja finalizada, ou até o seu financiamento;
- *Autonomia*: se expressa nas escolhas, no julgamento e nas resoluções de vida e de trabalho das pessoas, das famílias e das comunidades, é dotada de dimensão valorativo-afetiva;
- *Integralidade*: concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por objetivos comuns, atuem promovendo a saúde; e
- *Concepção Holística*: intervenção sobre os determinantes de saúde, com vistas à promoção da saúde física, mental, social e espiritual;

Alguns destes princípios podem ser utilizados para reduzir e focalizar os gastos públicos pelo destaque na resolução dos problemas pelos próprios indivíduos (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2014).

Autores como Carvalho (2004) abordam duas perspectivas acerca da PrS, uma eleva o caráter progressista da PrS, ou seja, ações que têm compromisso com o bem comum e com a equidade social. A outra perspectiva, vinculada à ótica do neoliberalismo, considera a PrS como estratégias pontuais.

A PrS veicula em sua definição o processo ativo que oferece ao indivíduo o controle sobre sua própria saúde. Assim, revela a necessidade do protagonismo dos indivíduos e do desenvolvimento de suas habilidades para atuar em benefício da própria qualidade de vida, na condição de sujeito e/ou comunidade ativos no processo do cuidar (HARTMANN; ANDRADE; YAMAGUCHI, 2019).

Em 1946, a expressão “promoção da saúde” é utilizada por Sigerist, somente voltando em 1965 a ser utilizado por Leavell e Clark, quando é desenvolvido o modelo da história natural da doença, sendo a PrS considerada um bom padrão alimentar, educação sexual, boas condições moradia e de trabalho (BUSS, 2000; LEAVELL; CLARK, 1976).

Na década de 1960, iniciou-se uma discussão mundial com destaque na determinação econômica e social de saúde, amplificando o conceito de saúde, antes centrado na ausência de doenças (FERREIRA; BUSS, 2002). Entre os inúmeros registros, destacaram-se a abertura

da China Nacionalista com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas, promovidas pela OMS, que ocorreram entre os anos de 1973 e 1974, e o movimento canadense no ano de 1974, desenvolvido tendo como foco o Relatório Lalonde (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

No relato das missões enviadas à China, já se observava o cuidado descentralizado da doença, referindo-se a um conjunto de atividades visando à qualidade de vida dos indivíduos, predominantemente realizadas na zona rural e desenvolvida desde 1965 pelos cidadãos chineses. Entre estas atividades, havia a realização de cuidados preventivos e tratamentos (ervas medicinais), promoção de campanhas de saúde em todos os níveis, visando a substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade (limpeza das casas, manutenção e uso da água potável) (FERREIRA; BUSS, 2002).

As atividades eram realizadas pelos Comitês Comunais, integrando diferentes grupos da população, como os soldados, mulheres, homens, jovens e ativistas, sob a orientação dos responsáveis pela saúde, popularmente conhecidos por “*barefootdoctors*” (FERREIRA; BUSS, 2002). Esta participação ativa dos indivíduos no seu cuidado, considerando suas diferenças sociais e culturais, inicia o eixo da participação social.

Esta terminologia é enraizada no Canadá, no Relatório de Lalonde (1974), no documento nomeado “*A New Perspective on the Health of Canadians*”. Neste documento, Marc Lalonde destacava que os esforços para melhorar a saúde eram focados no cuidado médico, porém, quando eram verificadas as principais causas de adoecimento e morte no país, eram encontrados o saber biológico e ambiental bem como o estilo de vida (BECKER, 2001).

O Relatório dispunha da proposta de adicionar anos à vida e vida aos anos, nessas perspectivas, extrapolava a ideia de longevidade e dava ênfase à urgência em considerar a qualidade de vida (OLIVEIRA, 2017). Esta perspectiva estava vinculada à necessidade de levar saúde para além do setor de saúde, propondo aprimoramento no ambiente, moderação de comportamentos de risco e ampliação do conhecimento acerca da biologia humana.

O outro registro do Relatório de Lalonde caracterizou um novo campo da saúde e demonstrou que o modelo tradicional de saúde era antiquado para efeito na promoção da qualidade de vida dos indivíduos, passando a convergir com as áreas da biologia humana, ambiente e hábitos de vida. Este documento teve motivação política, técnica e econômica, buscando o enfrentamento dos elevados custos da saúde (BUSS; CARVALHO, 2009).

Estes acontecimentos foram a base para a formação do novo paradigma da saúde, instaurado na Declaração de Alma-Ata (1978) com o tema “Saúde Para Todos no Ano 2000”,

que representou um dos eventos com maior significância mundial em todos os níveis de atenção à saúde (FERREIRA; BUSS, 2002), reforçando a ideia de PrS.

Apenas alguns trechos da Declaração de Alma-Ata já demonstram como ela foi clara em suas intervenções:

I. A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde; III. A promoção e a proteção da saúde da população são indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribuem para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

No decorrer da década de 1980, houve conferências nas quais os conceitos de contexto social, políticas públicas saudáveis e cidades saudáveis, foram pautas de discussão (BRASIL, 2002). A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada no Cazaquistão, na cidade de Alma-Ata, em 1978, ficou marcada por conclusões e recomendações acerca de estratégias para a Atenção Primária à Saúde. Outros componentes desta Conferência, que precisam ser destacados são: reafirmação da saúde como direito humano fundamental; as desigualdades são inaceitáveis; a responsabilidade dos governos pela saúde; e o direito de a população participar das decisões no campo da saúde (BUSS, 2000).

É possível notar que, desde o início das mudanças globais da concepção de saúde, os processos necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social, mesmo sem o conhecimento/uso da terminologia, eram os determinantes da saúde.

Todavia, no Canadá, as mudanças limitavam-se às escolhas de estilo de vida, dando ênfase apenas ao indivíduo, fato que gerou inúmeras críticas, nacionais e internacionais, pois, mesmo que esse processo seja influenciador na saúde, estava, por outro lado, culpabilizando os indivíduos pelas suas enfermidades (BUSS; CARVALHO, 2009).

Contrariando essa perspectiva de PrS, surge na Inglaterra (1980) o Relatório de Sir Douglas Black, que volta os olhares da esfera mundial para a iniquidade social e para a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade (HEIDEMANN *et al.*, 2006).

A Primeira Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1981, com sede no Canadá, traz a ideia do contexto social como um poderoso determinante da saúde, sendo ele um transformador de comportamentos individuais, referindo que o modo de vida dependia da classe social (FERREIRA; BUSS, 2002), ampliando, assim, a ideia de PrS no âmbito da prevenção centrada nos processos sociais.

Enquanto isso, na América Latina, diversos autores discutiam essas observações, principalmente no contexto acadêmico, sendo um deles, Asa Laurell.

No processo de ensino da medicina preventiva e social, implementavam evidências da integração dos setores sociais e de saúde, resultados de pesquisa em campo. Contudo, na época, as pesquisas dos países denominados de “Terceiro Mundo” não surtiam efeito na evolução nas práticas de saúde discutidas nos países considerados de “Primeiro Mundo” (FERREIRA; BUSS, 2002).

Em 1984, na conferência canadense “Além do Cuidado da Saúde”, houve a introdução de dois novos conceitos - política pública saudável e cidade saudável – não sendo notada uma relação direta entre as ações políticas externas ao setor saúde. Assim, com a ideia de “cidade saudável”, evolui o conceito de participação social, promovendo a saúde pela descentralização do poder político para a comunidade (BUSS; CARVALHO, 2009).

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), foi formulada a Carta de Ottawa, que sintetiza as produções sobre a abordagem socioambiental. Esta Conferência foi uma resposta crescente à esperança por uma nova saúde pública, movimento que estava ocorrendo no mundo todo. As discussões foram baseadas nos progressos da Declaração de Alma-Ata sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor de saúde (OLIVEIRA, 2017). Portanto, a conferência de 1986 foi um marco mundial, e a Carta de Ottawa se tornou um referencial básico para o desenvolvimento da PrS na atualidade.

Na primeira Conferência, foram pensados nos seguintes eixos centrais de discussão: construção de Políticas Públicas Saudáveis; Criação de Ambientes Favoráveis; Reforço da Ação Comunitária; Desenvolvimento de Habilidades Pessoais; e Reorientação dos Serviços de Saúde. Os conceitos advindos da Carta de Ottawa (1986) permanecem como ideias norteadoras das políticas governamentais para a área da saúde (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

Assim, o conceito de “Ambientes favoráveis”, originalmente mencionado no Canadá, é a base norteadora dos projetos de saúde desenvolvidos nas mais diversas partes do mundo, a partir da sua incorporação pela OMS. As mudanças no modo de vida, de trabalho e de lazer têm um significativo impacto na saúde. O acompanhamento sistemático deste impacto é essencial e deve ser subsequente por ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população, portanto, a conservação e a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais devem fazer parte das estratégias de PrS (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Neste mesmo ano de 1986, no Brasil aconteceu a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, evento considerado importante para a definição do Sistema Único de Saúde (SUS). A

conferência teve como eixos de debate três temas: saúde como dever do Estado, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (TORRES; COSTA; ALVES, 2020).

O relatório final da conferência menciona mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro, apontando para a necessidade de ampliar o conceito de saúde e revisão na sua legislação, ou seja, a implantação da Reforma Sanitária (TORRES; COSTA; ALVES, 2020).

Sob esta perspectiva, a OMS criou, em 1998, a Rede de Mega países, considerando a necessidade de causar maior impacto na saúde mundial, formando assim, uma aliança entre os países mais populosos, grupo que o Brasil integrava. A Rede é constituída por todos os níveis de desenvolvimento dos países, com evidente diferença entre suas taxas de morbi-mortalidade (BRASIL, 2002). Assim, cada país desenvolveu uma política de PrS para contemplar sua problemática e ajudar os países que têm similaridades.

A Tabela 1 apresenta uma síntese da linha do tempo dos marcos históricos para conceituação de saúde e da PrS.

TABELA 1 - Marcos históricos da Promoção da Saúde segundo seu ano e a concepção de saúde, Curitiba, 2022 (Continua)

Ano	Marco histórico	Concepção de saúde
1946	World Health Organization (WHO)	"Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de doença."
1974	Relatório de Lalonde	"Ações de saúde que procuram intervir positivamente sobre comportamentos individuais não saudáveis."
1978	Declaração de Alma-Ata	"A saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde."
1980	Relatório de Sir Douglas Black	"A promoção da saúde em uma abordagem social, voltada para uma amplitude da iniquidade social e a relação de classe social com indicadores de morbidade e mortalidade."
1981	Primeira Conferência Nacional de Saúde	"Uma visão ampliada de promoção da saúde implicava numa atuação sobre as iniquidades (incluindo o status socioeconômico), levando a ideia de que o contexto social era um poderoso determinante da saúde porque moldava o comportamento individual, compreendendo que o estilo de vida dependia da classe social."

		(Conclusão)
1984	Conferência "Além do Cuidado da Saúde"	"O conceito de "empoderamento" e participação social, promovendo saúde através da descentralização do poder às comunidades locais."
1986	Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	"A proposta de Promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal. "O relatório final aponta a importante conclusão de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de implantar uma Reforma Sanitária."
1986	VIII Conferência Nacional de Saúde	" Uma mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação"
1988	Constituição Federal - SUS	"Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências."
1990	Lei Orgânica de Saúde	"A promoção da saúde, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde."
2006	Política Nacional de Promoção da Saúde	"O conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social."
2014	Portaria N 2.446, 11 de novembro	

FONTE: A autora (2022).

#### 4.1.1 Histórico internacional da política de promoção da saúde

Em razão das pressões sociais e do incentivo financeiro, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) deixa de ser uma organização independente e passa a fazer parte da OMS, com atuação específica na América Latina. Entre as décadas de 1950 e 1970, os países das Américas tiveram uma expansão econômica, todavia, como consequência da crise

mundial, houve resultados adversos, com altas taxas de inflação e redução do ritmo de crescimento (ABREU, 2017).

Neste período, é importante relembrar que ainda se vivia a Guerra Fria, marcada pelo aprofundamento da rivalidade entre as superpotências Estados Unidos e União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), trazendo para América Latina este conflito ideológico. Vale ressaltar que o continente americano estava marcado pelos impactos da Revolução Cubana, desencadeando uma briga ideológica no território americano, na qual de um lado estavam os Estados Unidos da América (EUA), propagadores da ideia capitalista. E do outro, se encontrava Cuba, o único país da América em transição para o socialismo (ABREU, 2017).

Esta disputa de ideias fez com que os EUA estabelecessem estratégias, como programas de ajuda bilateral aos países da América Latina, para garantir a manutenção de sua hegemonia continental (HOBSBAWM, 1994). Com a crise financeira internacional e da dívida externa, que assolou os países periféricos, em meados dos anos 1980, e com aumento de juros pelos EUA, o Banco Mundial (BM) alcança um papel intermediador entre os credores internacionais e os países que tinham dívidas (RIZZOTTO, 2000).

A política de empréstimo, que, a priori, limitava-se ao financiamento de projetos, era redefinida para outras possibilidades, incluindo programas de ajuste estrutural e projetos para setores específicos. Estes programas auxiliavam nos processos de renegociação e quitação da dívida externa e na reformulação de políticas nacionais (RIZZOTTO, 2000).

A globalização é marcada como um processo envolvendo diversos fenômenos — político, social, econômico e cultural —, desenvolvendo uma sociedade na qual os principais processos e acontecimentos históricos começam a ocorrer em escala mundial (RODRIGUES; OLIVEIRA; FREITAS, 2001). Todavia, estudiosos evidenciam que esse processo não é global, no tocante a ser um fenômeno redistributivo e nem inclusivo, ou sequer promove transferência de investimentos, poderes, recursos e empregos para promover a qualidade de vida dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento (CANCLINI, 2003), influenciando diretamente na saúde dos indivíduos do mundo todo.

O processo de saúde sob a ótica da determinação social está relacionado com fatores de risco e com o estilo de vida individual (ALBUQUERQUE; SOUZA; SILVA, 2014). A nível mundial, significativa diferença na renda per capita ocasiona desigualdade, desde o acesso à saúde até a capacidade de os indivíduos melhorarem suas condições e garantirem uma qualidade de vida. Este fato está relacionado às estratégias e financiamentos breves, desenvolvidos pelas deliberações políticas dos países, sendo os países pobres ainda mais afetados pela dívida externa que drena seus recursos já escassos (BRASIL, 2002).



A exploração da força de trabalho e o consumo descontrolado dos recursos naturais do planeta têm demonstrado que o atual modelo de desenvolvimento está atribulado, havendo necessidade de mudanças éticas e acordos globais baseados na coexistência pacífica, permitindo uma estruturação e uma utilização equitativa dos recursos naturais do planeta, tão limitados (BRASIL, 2002).

A Declaração de Adelaide, escrita na II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, estabelece as políticas saudáveis e o compromisso com a equidade de acesso aos serviços de saúde (OMS, 1988). Essa política reafirma a necessidade da intersectorialidade e do cuidado avançado em saúde, além de recomendar ações da sociedade e o papel da educação na criação de ambientes saudáveis e desenvolver competências de cuidado (BRASIL, 2002).

Diante disto, em 1991, a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde — Ambientes favoráveis à saúde, realizada na Suécia, deu origem à Declaração de Sundsvall, que alerta e defende a participação da sociedade e dos governos na criação de ambiente saudável (BRASIL, 2002), requerendo estratégias avançadas no setor de saúde e do ambiente nas suas políticas, além de salientar a convergência dos temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano.

Com isso, a OMS e o Programa das Nações Unidas para o Ambiente (UNEP) precisaram incrementar seus esforços no estabelecimento de códigos e de conduta no comércio e propaganda de substâncias e produtos adversos à saúde e ao ambiente, produzindo guias e manuais respaldados nos fundamentos sustentáveis para utilização dos estados-membros. Doadores e agências de financiamento como o BM e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que devem usufruir desses guias e manuais para planejar, implementar e avaliar os projetos desenvolvidos (BANCO MUNDIAL, 2010).

Após a Conferência na Suécia, foi solicitado que houvesse a Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento (UNCED), ocorrida no Rio de Janeiro (1992), onde se deliberou sobre a Carta da Terra e a Agenda 21, consideradas como planos de ação do século XXI. As metas e os objetivos para a saúde devem estar explicitados nos dois documentos, visto que somente uma ação global assegurará o futuro de nosso planeta (BRASIL, 2007).

Cartas e Declarações patrocinadas pela OMS e pela OPAS trazem convicções como protocolos de intenções entre países e organismos multilaterais das Nações Unidas (RABELLO, 2010; SILVA *et al.*, 2019), que as doenças favorecem iniquidades e obstáculos

para o desenvolvimento do ser humano (LOPES; TOCANTINS, 2012), reafirmando que a saúde individual e coletiva deve pressupor potencializar a qualidade de vida.

Vale ressaltar que estes documentos foram confeccionados em um contexto de globalização mundial e de regimes neoliberalistas intensificado no período de 1980 a 1990, décadas nas quais o discurso acerca da PrS marcaram o pensamento sanitário internacional, principalmente dos países desenvolvidos.

#### 4.1.2 Política de promoção da saúde no Brasil

Implementada após inúmeros acontecimentos, os marcos históricos veicularam novos conceitos de prática nas políticas de saúde (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2015). Neste tópico, apresentarei a história dos acontecimentos, a formação e implementação da PrS no Brasil.

Com a instauração do SUS na Constituição Federal de 1988 e sua regularização mediante a Lei 8080/90 ou Lei Orgânica de Saúde, inicia-se a trajetória de construção do conceito de saúde resultante do modo de vida, da organização e da produção de um determinado contexto histórico, social e cultural, descentralizando a saúde do modelo biológico (CUTOLO, 2006). Isto se dá pela impossibilidade de o setor sanitário de saúde replicar sozinho as mudanças dos determinantes e condicionantes a fim de garantir escolhas saudáveis para os indivíduos (BRASIL, 2014).

Tipicamente, o modo de vida é abordado de uma forma individual e fragmentada, colocando os indivíduos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças ocasionadas no processo saúde-doença ao longo da sua existência. Todavia, neste conceito de saúde ampliado, definido no movimento da Reforma Sanitária brasileira (1986), do SUS (1988) e das Cartas de Promoção da Saúde (2002), evidencia-se que o modo de viver não está relacionado apenas à vontade e/ou à liberdade individual ou coletiva, mas ao modo como estes indivíduos e coletividade elegem e organizam suas escolhas e criam possibilidades para sanar suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ação coletiva<sup>4</sup>, uma vez que seu processo de construção advém do contexto social (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o SUS interage com as reflexões e os movimentos no âmbito da PrS, sendo ela estabelecida como uma estratégia de operação, alinhada às políticas e tecnologias

---

<sup>4</sup>As ações coletivas são relações sociais e econômicas entre indivíduos pertencentes ao mesmo grupo que têm interesses comuns (WOLFART; SILVA; SCHMIDT, 2014).

construídas no SUS, contribuindo com a construção de ações viabilizadoras de melhorias, diante das necessidades em saúde<sup>5</sup> (BRASIL, 2010b).

Em março de 2006, é divulgado o “Pacto pela Saúde”, que pode ser citado como um dos avanços para a PrS no Brasil, estabelecendo compromisso entre os gestores do SUS sobre os fatores que impactam a situação de saúde da população (MENICUCCI; MARQUE; SILVEIRA, 2017). Este Pacto é constituído por um conjunto de atividades sanitárias, fundamentadas na análise da situação de saúde do País e das necessidades definidas pelo governo federal, estaduais e municipais. Estas necessidades são articuladas e integradas aos três componentes: pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006).

Planejada desde 2005 e implementada em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) iniciou-se no Comitê Gestor da Política, pela Portaria MS/GM n.º 1190, do mês de julho (sugiro que coloque mesmo a data exata da Portaria). Além da política, dever-se-ia consolidar a implementação das diferentes secretarias do Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde, de Atenção à Saúde, de Atenção Indígena, de Ciência -, e integrar as ações de PrS no âmbito do SUS. A estruturação dessas secretarias é uma estratégia de PrS, sendo responsáveis pela elaboração, construção e implementação de políticas de saúde, para contemplar as diferentes populações e os setores da saúde (BRASIL, 2014).

No âmbito do SUS, a PrS é vista como uma possibilidade de evidenciar aspectos que determinam o processo saúde-doença do Brasil — violência, subemprego, desemprego, falta de saneamento básico, fome, qualidade do ar, urbanização desordenada, entre outros — e potencializar formas mais abrangentes de intervir em saúde. Assim, PNPS foi instaurada para sancionar o compromisso do Estado com a ampliação e qualificação de ações de PrS nos serviços e no gerenciamento do SUS, aumentando as possibilidades das políticas públicas já existentes (BRASIL, 2014).

A PNPS foi redefinida em 2014, conforme Portaria n.º 2446, adotando como princípios a equidade, participação social, autonomia, empoderamento, inter e intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014). Vale ressaltar que ela destaca os determinantes sociais de saúde (DSS) como um fator modificador de saúde, todavia a Determinação Social de Saúde não é citada.

---

<sup>5</sup>Necessidade em saúde é compreendida como necessidades propriamente humanas, uma vez que são socialmente determinadas e estão relacionadas à autonomia, liberdade, bem-estar e qualidade de vida das pessoas (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2013).

#### 4.1.3 Determinação social da saúde

Entre os séculos XVII e XVIII, foram iniciados os primeiros estudos de epidemiologia, e a Inglaterra foi pioneira nessa área com o cientista John Graunt. Foi elaborado um estudo sobre as possíveis causas de morte dos mineiros, sem considerar as desigualdades do processo social de trabalho, pois Graunt apenas queria coletar dados estatísticos, já que o mundo estava em transição do modelo feudalista para o capitalista, e expor as fragilidades no novo modelo social estava fora de questão (BATISTELLA, 2007).

No final do século XIX, houve a I Conferência Sanitária Internacional em 1851, em que foi citada a Teoria da Unicausalidade, que defendia que para cada doença havia um vetor de transmissão, derrubando a Teoria Miasmática, que defendia o surgimento das doenças a partir do ar das regiões insalubres (BATISTELLA, 2007). Desde então, foram implementadas estratégias de prevenção de doenças, como a quarentena. Vale ressaltar que a Teoria da Unicausalidade retrata que as doenças são causadas por vírus e bactérias, ignorando os efeitos sociais produzidos pelo sistema capitalista.

Com o desenvolvimento do capitalismo industrial, com origem na Inglaterra e disseminação para os demais países, no final do século XVIII e início do século XIX, houve a objetificação do corpo na condição de força de produção/trabalho (FOUCAULT, 1982). Para Foucault, o capitalismo demonstra de imediato o interesse no corpo biológico, que tem força física para o trabalho operacional nas mais diversificadas indústrias, todavia somente na metade do século começaram a ser levantados problemas na medicina social.

Na segunda metade do século XX, a Teoria da Unicausalidade perde espaço para a Teoria da Multicausalidades, que defendia que o aparecimento de doenças era causado por diversos fatores, considerando a influência das características individuais, comportamentais, estilo de vida, entre outros (RODRIGUES, 2015).

Com a urbanização e o conseqüente crescimento das cidades, provocados pela Revolução Industrial, estudiosos e líderes políticos começaram a interligar as situações de saúde/doença da população com as condições sanitárias, de moradia, alimentação e trabalho e perceberam que o Estado poderia influenciar sobre estes aspectos, hoje conhecidos como determinantes sociais de saúde (ANDRADE, 2003).

Na década de 70, são conduzidos os primeiros estudos de epidemiologia social, dando origem ao conceito de Determinação Social da Saúde, estruturado pela apropriação das ciências sociais em saúde, relacionando os conceitos de saúde com a forma capitalista de

produção e formação socioeconômica (RODRIGUES, 2016), ressaltando que a formação da sociedade e a visão da Teoria Multicausal não responderiam às questões sociais de saúde.

Revoluções e Reformas surgiram em toda Europa, com destaque para a Alemanha, Inglaterra e França. Esses movimentos enfatizaram que a saúde é responsabilidade social, as condições econômicas e sociais são processos determinantes no processo saúde-doença, além das ações de PrS e combate a doenças, incorporando práticas médicas e sociais (ROSEN, 1979).

No Brasil, a temática da determinação social começa a se aproximar do chamado projeto preventivista, amplamente discutido no ano de 1950, associados à crítica do modelo biomédico, ascendendo na criação dos departamentos de medicina preventiva e social na grade curricular das escolas médicas. Assim é iniciada a preocupação com a perspectiva biopsicossocial do indivíduo (MOTA; SCHRAIBER; AYRES, 2018).

Nos anos 60, é instaurado o projeto preventivista, na prática, diária das escolas médicas, de forma definitiva. Já nos anos 1970, é iniciada a estruturação formal através de recursos humanos, no avanço das ciências sociais na saúde e no custeio de desenvolvimento tecnológico e de inovação por instituições de fomento (ROCHA; DAVID, 2015). O desenvolvimento da medicina social no Brasil se estende de 1974 a 1979.

O conceito de Determinação Social da Saúde destacou-se desde a Reforma Sanitária Brasileira em 1970 até a implementação da Lei número 8080/90, com a utilização da epidemiologia na elaboração das ações em saúde no âmbito do SUS (NOGUEIRA, 2010). A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) originou as propostas de políticas públicas efetivas e ofereceu propostas de reforma do sistema de saúde pública em vigência (NUNES, 2009).

Portanto, a Determinação Social é o desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção estabelecidas em diferentes grupos sociais, que possibilitam a realização humana e o acesso aos produtos necessários para tal (FLEURY-TEIXEIRA, 2009). Ou seja, a determinação social não debate com especificidade dados da epidemiologia, mas, sim, o alcance da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença (ROCHA; DAVID, 2015), diferentemente do conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DDS).

#### 4.1.4 Determinação e determinantes sociais de saúde

Descrevendo a trajetória da saúde pública e da saúde coletiva na América Latina, foram identificados três momentos característicos. O primeiro, denominado de fase de

expansão capitalista, que se estende da colonização até após a Segunda Guerra Mundial, época em que a economia latino-americana prevalecia na exploração de recursos naturais para exportação (LÓPEZ-ARELLANO; SAINT MARTIN, 2006).

A ausência de inspeção sanitária e a inacabada formação dos estados nacionais, nos centros de importação, resultaram em ações de saúde pública voltadas para o controle e a erradicação de doenças infecciosas. Ações essas que advinham de interesses econômicos, já que epidemias ameaçavam as barganhas comerciais (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

A fase de substituição de importações foi delimitada entre as décadas de 40 e 80. O progresso dos estados nacionais da região naquela época foi visto como o princípio da responsabilização para a elaboração e implementação de ações de saúde pública, garantindo a reprodução da força de trabalho (LÓPEZ-ARELLANO; SAINT MARTIN, 2006).

O capitalismo estruturado, findado no Governo Thatcher, em 1979, e ampliação ideológica em 1989, com a queda do Muro de Berlim, mudou a forma de organização da sociedade, com ênfase na globalização, ou seja, o capital circulando sem barreiras e/ou fronteiras. Assim a nova forma de produção social acentua as iniquidades em saúde e sociais, conseqüentemente as diferenças de classes sociais (BARATA, 2009).

Nestas décadas delimitadas, a industrialização, o conseqüente êxodo rural e a incorporação das mulheres ao mercado de trabalho ampliaram os olhares para diferentes problematizações nas mais diversificadas áreas - uma delas a saúde. Assim, a epidemiologia adiciona ao seu quadro as doenças crônico-degenerativas, e no plano acadêmico, as problemáticas ecológicas, buscando compreender e atender esse novo cenário de produção da sociedade (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

O modelo neoliberalista é um pensamento socioeconômico que busca minimizar as intervenções estatais na economia, tendo alguns governos adotado esse modelo na década de 70 como resposta à Crise do Petróleo (LOPES; CAPRIO, 2008). Este modelo teria aumentado as desigualdades no âmbito da saúde, levando ao reaparecimento da preocupação com a justiça social (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Já a teoria da Dependência não considerava o subdesenvolvimento ou o desenvolvimento como etapas de um processo evolutivo, mas, sim, como realidades contrapostas dos países, assim o subdesenvolvimento passou a ser visto como um produto do desenvolvimento do capitalismo mundial. Considerando o processo econômico, esse modelo trazia que a dependência se estendia das relações mercantis ao investimento direto estrangeiro e à dependência tecnológica (SEABRA, 2019).

A última fase, compreendida pelo pensamento latino-americano em saúde, se organizou de forma a criar a saúde coletiva no Brasil e a medicina social na América Latina, reconstruir conhecimento científico e a práxis em relação à saúde pública, buscando a compreensão de seus objetos e propósitos (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Com a intenção de realizar modificações ambientais para segurança dos indivíduos, ocorre a revolução Sanitária de saúde. A origem das doenças era explicada pelo setor socioambiental predominante na época em que a pobreza e o ar eram fatores centrais na explicação da transmissão de doenças. A epidemiologia traz evidências de determinação social do processo saúde-doença e os primeiros modelos de ações de saúde coletiva com a saúde pública inglesa e a medicina social francesa (ROCHA; DAVID, 2015).

López-Arellano e Saint Martin (2006) retratam o impacto dessas teorias supracitadas, que interferiram diretamente nos processos de trabalho, na saúde pública dos países da América Latina e, conseqüentemente, na Promoção da Saúde e na determinação social.

A ação instintiva de subordinação à natureza é prevalente nos animais irracionais, mas se a humanidade fizesse o mesmo, morreríamos de hipotermia, por exemplo, então os seres humanos modificam e/ou retiram da natureza de forma intencional, subordinando-a a seus propósitos, produzindo meios de sobrevivência (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

As ações que os seres humanos fazem sobre a natureza garantem novas condições de vida como também novos meios de construir novas condições de existência (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Buscando melhores condições de sobrevivência, os seres humanos constroem, em comunhão, artefatos como roupas, alimentos, moradias, meios de transporte e comunicação, entre outros (ALBUQUERQUE, 2007). A divisão social do trabalho permite a construção e a obtenção dessas ferramentas por todos da sociedade, o que um indivíduo não conseguiria sozinho.

Para Laurell, a compreensão da saúde na sociedade é através do trabalho. A conceitualização de trabalho deve ser ampliada desde as ferramentas corporais e energéticas até a divisão do trabalho, que busca a exploração e a produção da valorização (LAURELL, 1982).

A iniquidade econômica, caracterizada pela estratificação social, determina uma desigualdade de acesso a fatores determinantes de saúde, implicando o aumento da iniquidade da saúde. Com a implementação de políticas públicas intersetoriais, garantem-se a participação e o empoderamento social, sendo a maior estratégia de PrS (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014), levando a revalorização dos indivíduos como protagonista do seu processo de saúde, ganhando significado nas ações sociais (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Portanto, a determinação social de saúde se refere às diferentes formas sociais que produzem determinados modos de vida, e a depender destes modos como esses se articulam, são produzidos diferentes perfis epidemiológicos, ou seja, diferentes formas de adoecer e morrer, que predominam em um dado momento histórico da sociedade (SOUZA, 2020).

Retornando aos debates sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), no período pós-guerra, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) declaram a necessidade da integração dos cuidados com a atenção médica, culminando com as políticas e projetos de intervenção em países com formações históricas distintas, como o Chile e a Suécia (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Os debates sobre as metas de PrS levaram à criação em 2005 da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. E em 2006, no Brasil, foi criada, por Decreto Presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta comissão estabelece que os DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, influenciadores na saúde dos indivíduos (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

São fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. Por exemplo: habitação, saneamento, condições de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2013).

A OMS define os determinantes sociais como um conjunto de condições sociais nas quais os indivíduos vivem e trabalham (OMS, 2011). Todavia, vê-se uma falha nas concepções do que são DDS, referenciando vagamente a uma ideia de causa ou causalidade social (NOGUEIRA, 2010). Nota-se redução da palavra “social” a fatores biológicos, ambientais e genéticos da vida e da saúde do indivíduo (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Portanto, a denominação de determinação social de saúde e os determinantes sociais da saúde não são termos opostos, mas termos que se sobrepõem, formando um mosaico de conceitos e críticas. No esforço de agrupar esses dois conceitos, a captação de instrumentos pode potencializar o debate, mas perdemos na ampliação das suas proposições (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

A combinação de modelos teóricos do processo saúde-doença antecedentes facilita a apreciação das características e a conformação do modelo de determinantes sociais de saúde (BORGHI; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018). Este modelo representa uma tentativa de



acomodar e modernizar, sem quebra da essência, os modelos ecológicos e suas variáveis (ARREDONDO, 1992; SABROZA, 2005).

A linha dos DSS que permeia a epidemiologia tradicional é, frequentemente, conduzida segundo “estranhamentos” (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007), considerando evidente que o foco deste modelo não é a coletividade, mas, sim, o indivíduo, destacando como suas únicas características idade, sexo (e não gênero) e fatores hereditários. Não há menção da raça/etnia ou da maneira como as individualidades transcendem, à medida que são resignificadas segundo as experiências sociais vividas por cada um (BREILH, 2013).

Assim, os modelos dos DSS instituídos pela OMS contribuem para uma análise ampliada da saúde, porém preocupam as implicações práticas em atuar sobre fatores, não sobre mudanças dos processos estruturais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; SOUZA, 2020). IES como ferramentas sociais mostram relevância no processo saúde-doença diante desse novo contexto histórico, evidenciando a necessidade de integração entre os setores de saúde e educação.

#### 4.1.5 Um novo olhar em promoção da saúde

A PrS é alvo constante de discussões na OMS e por diversos países, influenciando a organização dos sistemas de saúde para enfrentar os problemas de saúde que afetam a sociedade e o seu ambiente. Conferências e relatórios vindos de discussões internacionais renovaram a perspectiva do cuidado em saúde, além das construções coletivas de ideias (PETTRES; ROS, 2018).

Nesse contexto de reuniões, movimentos e discussões, observa-se a implementação de novos conceitos, de ideias e de uma nova linguagem sobre o que é saúde, mobilizando a busca por qualidade de vida, abrangendo em muitos países um novo estilo de pensamento para uma nova forma de organizar o sistema de saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O nível de acesso determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde, além da utilização de serviços de saúde. Portanto, o foco nas diferenças relativas tende a interpretar as desigualdades em saúde como resultado dos processos de produção da vida material e não material de uma sociedade (SOUZA, 2020).

Vale ressaltar que muitas das desigualdades ocorrem fora do sistema de saúde, portanto, não é possível esperar que através dele possam ser corrigidas todas as desigualdades. Ou seja, as desigualdades criadas na esfera da produção não podem ser completamente

sanadas através da esfera de distribuição e consumo (ALMEIDA-FILHO; JUCÁ, 2002; SOUZA, 2020).

Para superar as iniquidades e despertar a consciência perante o sistema atual, verifica-se a importância de uma mobilização social, que possibilite o direito humano à saúde. Nessa direção, a defesa da vida e da saúde tem que atuar promovendo processos saudáveis, ou seja, a Promoção da Saúde (BARATA, 2009; SOUZA, 2020).

A PrS é um dos principais modelos teórico-conceituais que embasam as políticas de saúde no mundo (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Esse modelo enfatiza que o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pela relação entre o homem, a natureza e o coletivo. Este processo ainda engloba as dinâmicas do trabalho e das relações sociais e culturais em um determinado contexto histórico (CARVALHO, 2002).

Embora a PrS venha ganhando destaque no decorrer dos anos, estabelecendo estratégias e práticas em saúde, ela ainda é confundida com práticas de prevenção de doenças e educação em saúde. Promover a saúde vai além de prevenir ou tratar doenças, sendo importante distingui-las enfaticamente para dar maior efetividade às ações (BUSS, 2003).

A PrS dialoga com as mais diversas áreas como o setor de vigilância sanitária e a educação. A PrS como um esforço da comunidade para fixar as políticas de melhoria das condições de saúde da comunidade e programas educativos direcionados à saúde do indivíduo, bem como o desenvolvimento de mecanismos sociais que assegurem todos os níveis de vida adequados para a manutenção e melhoria da saúde (BUSS, 2003).

A proposta educativa na PrS tem uma vertente mais informativa, considerando que os indivíduos não querem ser conduzidos, mas, sim, através da comunicação, conduzir suas vidas (CARVALHO; GASTALDO, 2008). Portanto, no contexto do Brasil, onde as carências e a exclusão social são evidentes, tem-se uma delimitação no potencial de qualidade de vida e de saúde, sendo assim, promover saúde significará uma transformação social.

Compreender o que é a determinação de saúde é fundamental para direcionar a desconstrução dessa lógica hegemônica e prática positivista, proporcionando uma visão ampliada e integral da saúde na busca de explicar as relações sociais, modos de vida e condições de saúde (PETTRES; ROS, 2018).

A PrS e a determinação social do processo saúde-doença instigam discussões e críticas aos enfrentamentos da influência do processo de trabalho e da relação de produção, buscando ir além do estilo de vida da população, ou seja, além do que se caracteriza de DSS. Sendo assim, essa nova conceitualização da PrS é consequência da compreensão da saúde, com respaldo no conceito de determinação social da saúde (PETTRES; ROS, 2018).

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 CONCEITUALIZAÇÃO DO PROCESSO DE SAÚDE

Neste tópico, não pretendemos trazer um conceito fechado sobre o que é saúde, mas, sim, demonstrar como os estudiosos e cientistas das diferentes épocas abordam saúde, na intenção de trazer clareza, significado e reflexão dos diversos olhares sobre a saúde. E ainda construir um discurso compreensivo para o contexto vivido na época, abrindo fronteiras para as ciências sociais e de saúde, principalmente (LOURENÇO *et al.*, 2015).

O caminho percorrido pela humanidade, no decorrer da sua história, é acompanhado pela construção e desenvolvimento do conceito de saúde. No *período paleolítico*, até meados de 10.000 a.C., percorreu-se por doenças e mortes que, em sua maioria, eram resultados de quedas, ataques de animais e ferimentos nas caçadas. E aquelas situações inexplicáveis eram associadas ao sobrenatural, desde as maldições de deuses às ações do demônio, pensamento denominado de mágico-religioso (LINDEMBERG, 2006).

Esta visão, apesar de ser de base empírica, dá início às práticas médicas e, a depender da região, da cultura e crenças, o papel de cura era destinado a líderes espirituais como pajés, sacerdotes, xamãs, benzedeiros e curandeiros, que tinham o papel de curar os indivíduos pela captura e afastamento de espíritos do mal. Ressalta-se que a ligação entre estes líderes e o enfermo era importante para a eficácia dos rituais (SCLIAR, 2002).

A chegada do *período neolítico* (7.000 a.C. até 2.500 a.C.) e as recentes descobertas à época, da agricultura e da pecuária, mudaram a forma de organização da sociedade. O homem inicia a fixação de acampamentos próximos a rios e vales, que eram propícios para plantação, desencadeando novos fatores influenciadores do surgimento de novas doenças (BACKES *et al.*, 2009). O processo de trabalho, agora dependente da domesticação dos animais, além da sua criação para alimentação, facilita a adaptação das doenças antes presentes no gado, nos seres humanos, como tuberculose e a varíola, além de aproximarem vetores das aldeias (BATISTELLA, 2007).

Com o aumento da produção agrícola, foi iniciada a comercialização entre os grupos de diferentes regiões, com conseqüente aumento do contato humano, circulação de parasitas e disseminação de doenças. A higiene e a limpeza pessoal acompanham a humanidade desde a antiguidade, estando uma das explicações mais comuns relacionadas com a religião, em que purificar os pecados na intenção de se apresentar limpo para os deuses era um ritual habitual nas comunidades incas, hebreias e egípcias (ROSEN, 1994).

Na atualidade, este conceito mágico religioso ainda está presente, e os chás, rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e demais rituais, pertencentes às várias crenças e religiões (católica, protestante, espírita, candomblé), demonstram a sua força na cultura brasileira (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002). E a civilização grega representou a quebra das superstições destas práticas mágicas, abrindo espaço para explicações racionais do processo saúde-doença. Desenvolve-se a medicina grega aplicando a observação clínica, incluindo as práticas médicas com olhar ampliado para além dos rituais, com as ervas medicinais e os métodos naturais (CARVALHO, 2017).

Os filósofos gregos tentaram compreender a relação do homem com a natureza. O marco desse conceito, denominado Medicina Hipocrática, é Hipócrates, considerado o pai da medicina, juntamente com outros pensadores da época, apresentando os conceitos de endemia, sendo aquelas doenças que ocorriam em um número regular e contínuo de indivíduos que habitam uma mesma região-, e de epidemias - como o aumento de casos em uma determinada população (BATISTELA, 2007).

Hipócrates atribui responsabilidade aos fatores como local, clima, solo, água, modo de vida e nutrição. Instituiu ações de promoção da harmonia e do equilíbrio entre os elementos do corpo; as ações de higiene e limpeza eram baseadas no modo de vida estabelecido como ideal, no qual eram vistos como fundamentais a prática de exercícios físicos, a nutrição, as eliminações fisiológicas e o descanso (AIUB; NEVES, 2005).

Esta relação dos indivíduos com o ambiente é uma característica marcante da medicina hipocrática na concepção do fenômeno saúde-doença. Hipócrates também estabelece que para se ter saúde deve haver um equilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo, a saber: sangue, linfa, bile amarela e bile negra (AIUB; NEVES, 2005). Embora não tenham sido muitas as contribuições dessa época para a clínica e na percepção do processo saúde-doença, a engenharia sanitária e a administração tiveram um notável desenvolvimento, que foram assimiladas pelo Império Romano.

Com o fim do Império Romano e a ascensão do regime feudal, houve declínio da cultura urbana e decadência na organização e das práticas de saúde pública. Neste período, compreendido como a *Idade Média* (500 d.C. - 1500 d.C.), conhecido também como a "Idade das trevas", por ter sido marcado por inúmeras epidemias e pestilências, evidenciando a hanseníase, vulgarmente conhecida como lepra, e a peste bubônica. Acontecimentos estes que podem estar relacionados com as viagens marítimas e o ritmo crescente da população urbana (LOURENÇO *et al.*, 2015).

Outro traço marcante é o crescimento e fortalecimento da Igreja, na qual as doenças passam a ser compreendidas como castigo de Deus. Ao invés de recomendações dietéticas, exercícios, chás e demais medidas terapêuticas, recomendavam-se exorcismo, rezas, funções, entre outras práticas de purificação da alma, estabelecendo assim maior importância para o espírito do que para o corpo físico que o guardava (BATISTELLA, 2007).

Todavia, ainda que limitadas, algumas ações de saúde pública foram implementadas na intenção de sanitizar as cidades medievais, como a quarentena e modificações no descarte e limpeza de dejetos dos animais. Ao final da Idade Média, foram criados códigos sanitários almejando a regularização da localização dos chiqueiros, currais, matadouros, depósito dos lixos e pavimentação das ruas (ROSEN, 1994).

Também há o surgimento dos hospitais, organizados pela igreja, nas ordens monásticas, recebendo pobres e doentes. A quarentena tem início em Veneza, em 1348, como ação para conter a propagação das doenças, e consistia na informação e registro de casos suspeitos às autoridades e no isolamento desses indivíduos suspeitos. Visto que houve êxito no isolamento dos, até então denominados, leprosos (embora por motivos religiosos), se reforçava a ideia de sua utilização em outras doenças comunicáveis. Vale ressaltar que, apesar de todas as ocorrências e contextos, a teoria miasmática ainda era utilizada como modelo explicativo para o processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007).

Ao *final do Renascimento* (1530), o poeta e médico Girolamo Fracastoro expõe em uma de suas obras a hipótese sobre o contágio da sífilis, associando-a ao contato no momento do ato sexual. Em um período em que o misticismo ainda rondava e a ciência moderna não havia nascido, Fracastoro propõe a existência de agentes específicos para cada doença, ainda longe da invenção do microscópio (inventado no século XVII), aborda que o contágio de indivíduo para indivíduo ocorreria em razão das partículas imperceptíveis das doenças (SCLIAR, 2002). A construção de muitas cidades no Norte da Itália e Flandres auxiliou em uma importante mudança na organização do feudalismo. Antes marcada pela divisão de senhores e servos, a sociedade de cultura rural observa surgir a burguesia, classe fundamentada não na posse de terras, como antes, mas no comércio e na manufatura (BATISTELLA, 2007).

A revalorização do saber técnico advindo dos mais variados ofícios, como agricultura, mineração e navegação, tem início nos séculos XV e XVI. Este novo tipo de conhecimento se dava principalmente pela publicação de tratados técnicos, favorecendo o contato entre o saber científico e o saber técnico-artesanal, nascendo uma cooperação entre ciência e indústria (BATISTELLA, 2007).

Assim como em Leonardo da Vinci, o desejo por tornar tudo visível aos olhos também era compartilhado pelo médico Andreas Vesalius, cujos estudos da anatomia geraram murmúrios em toda a comunidade científica da época (1543). Ao recusar-se a estudar anatomia apenas na teoria, Vesalius parte para a dissecação de cadáveres. Embora as universidades fossem instituições novas, elas faziam parte de uma instituição antiga, a igreja. Este feito levantou o questionamento dos filósofos e teólogos, em sua maioria, ligados ao clero, de que o papel da universidade era simplesmente de transmissão do conhecimento, não de descobertas acadêmicas. Diante deste acontecimento, os humanistas fundaram academias para discussão de ideias (BURKE, 2003).

Com isso, o campo da saúde começa a ter novo desenvolvimento, de forma especial no estudo da anatomia e fisiologia humana, e de individualização da descrição das doenças, fundamentadas na observação clínica e epidemiológica, favorecendo os estudos do surgimento das epidemias e do adoecimento humano. Mesmo com todos esses processos e discussões, só no final do século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica, nasce a medicina moderna (FOUCAULT, 1980).

Com o encerramento do modelo feudal e a expansão do comércio, as cidades se tornaram cada vez mais importantes, política e economicamente, sendo a industrialização impulsionada, e a produção assumindo o centro das atividades econômicas a nível mundial. A chegada da máquina a vapor intensifica o ritmo da produção, as indústrias em expansão geram necessidade crescente de mão de obra, acarretando um êxodo rural e consequente expansão urbana, principalmente nas periferias (BATISTELLA, 2007).

Assim, a insalubridade nos setores das fábricas vira alvo de atenção dos administradores e do setor de saúde. O corpo, agora visto como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas, surgindo assim as primeiras regulações voltadas para a saúde nas fábricas, como a redução da carga horária. Surgindo assim um novo olhar sobre os aspectos da saúde, a medicina passa a considerar aspectos econômicos, sociais e culturais como parte do processo saúde-doença (BACKES *et al.*, 2009).

Foucault (1982) apresenta uma divisão na medicina social: a medicina de Estado, que normaliza o saber e as práticas médicas, subordinando os médicos a uma administração central e a integração de vários médicos a uma organização médica estatal; a medicina Urbana, propondo métodos de vigilância e hospitalização e, a medicalização das cidades, a assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário, que

desenvolve o controle do corpo da classe trabalhadora através da vacinação, registro de doenças e dos lugares insalubres.

Na sequência, em meados do século XIX, surge a *Era Bacteriológica*, com o desenvolvimento das investigações, no campo das doenças infecto-contagiosas e das microbiológicas, resultando no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, como a vacinação. Com a criação do microscópio, diversos cientistas começaram a contribuir para o estabelecimento de uma importante ruptura epistemológica, dando início a esta Era. Houve assim a postulação de provas para que se pudesse demonstrar ser um microrganismo específico a causa de uma determinada doença com a presença constante do parasita, isolamento em meios externos e reprodução da doença a partir do parasita isolado (ROSEN, 1994).

Ao final do século XIX, Louis Pasteur, um químico francês, estudando as falhas na fermentação de vinhos e cervejas, observou que os microrganismos tinham um papel fundamental neste processo e que as falhas nesse processo estavam relacionadas à interferência de outros microrganismos, mas que ainda seria possível corrigi-las por meio de um aquecimento destes líquidos. O avanço nas técnicas de isolamento de microrganismos abriu as portas para a pesquisa do botânico Ferdinand Cohn e de sua equipe, que começaram a usar meios sólidos, como as batatas, para realizar a técnica (BATISTELLA, 2007).

O esclarecimento de que um microrganismo específico seria o responsável pela causa de uma determinada doença só foi cientificamente aceito em 1876, quando Robert Koch, um médico alemão, seguindo os postulados de Henle, demonstrou diante de outros cientistas, durante um período de três dias, a transmissão do antraz por um bacilo, usando um camundongo como animal experimental. Assim, ao final do século XVIII, Edward Jenner descobre uma forma de evitar a transmissão da varíola (CHALHOUB, 1996) e, com base em sua experiência, Pasteur dedica-se à produção de vacinas a partir de cepas atenuadas<sup>6</sup>. O cirurgião Joseph Lister também contribuiu com a descoberta dos mecanismos antissépticos ideais para evitar a septicemia pós-cirúrgica, sugerindo o tratamento químico das feridas com fenol (BATISTELLA, 2007).

Com isso, ao final do século XIX, grande parte das questões sobre as doenças infecciosas, em especial as contagiosas, já haviam sido esclarecidas ou estavam próximas de suas respostas. Mas a origem das doenças ainda era um tópico em discussão, visto que ainda havia o aparecimento de diferentes doenças nos mais diferentes lugares sem que estes

---

<sup>6</sup> O vírus passa por um processo no qual sua virulência é reduzida a níveis considerados seguros para a aplicação clínica (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ, 2019).

indivíduos tivessem tido algum contato direto com os contagiados. A questão do não adoecimento de pessoas próximas aos indivíduos contagiados também intrigava os cientistas da época (BACKES *et al.*, 2009).

No princípio do século XX, a participação de vetores ou hospedeiros intermediários, como parte de uma cadeia epidemiológica, era clara para os estudiosos. Assim, com as barreiras sendo vencidas, abriam-se possibilidades de aplicação do princípio da imunidade ativa<sup>7</sup> e passiva<sup>8</sup>, podendo então ser produzidas as vacinas e os soros para uma gama de doenças, incluindo febre tifoide e amarela, tuberculose, difteria, tétano, soro antiofídico, entre outros. Desta forma, à medida que eram descobertos os modos de transmissão e as formas de reprodução dos vetores, houve várias mudanças sanitárias e de condições de vida dos habitantes (BATISTELLA, 2007).

Portanto, com o surgimento da microbiologia caracteriza-se a revolução científica da saúde. Um novo olhar médico científico, que centraliza a patologia do indivíduo, colocava o ambiente onde este indivíduo se socializa como subjetivo e dava objetividade na definição da doença. Denominado como *modelo unicausal*, ele compreendia que a doença estava baseada na existência apenas da causa (agente causador da doença) para que o agravo ocorresse, desvinculando o processo saúde doença do contexto sócio-histórico-cultural ao qual o indivíduo está inserido (WESTPHAL, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939–1945), o modelo da unicausalidade sofre declínio, devido à vivência dos países industrializados de uma mudança na linha epidemiológica, antes focada em ferimentos de guerra, agora se volta para doenças crônicas degenerativas. A deficiência na sustentação desse modelo unicausal favoreceu o desenvolvimento do modelo multicausal. Construído por Leavell e Clark (1976), o *modelo multicausal* considera a correlação entre três elementos fundamentais denominados “tríade ecológica”, que contempla o ambiente, o agente e o hospedeiro (BATISTELLA, 2007).

O conhecimento acerca do surgimento das doenças auxilia significativamente na sua prevenção. Além disso, o modelo possibilita a proposição de barreiras à evolução da doença, mesmo antes de sua manifestação no indivíduo, denominada pré-patogênese. Mas este modelo recebeu críticas, pois não trazia evidências suficientes sobre o surgimento das doenças nas sociedades, sem contar que analisava dados puramente quantitativos entre os fatores causais (BATISTELLA, 2007).

---

<sup>7</sup>Refere-se à imunidade produzida pelo próprio corpo após exposição ao imunógeno (HAQQI).

<sup>8</sup> Imunidade adquirida sem que o sistema imune seja estimulado por um imunógeno (HAQQI).



Na década de 1960, foi proposta uma abordagem ampliada, que respeitasse as relações de saúde com a produção social e econômica da sociedade. *O modelo da determinação social da saúde* busca articular as diferentes dimensões dos indivíduos e da sociedade nesse processo, como os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos, que configuram uma determinada realidade (LAURELL, 1982). A determinação social está relacionada com a estrutura social como modeladora dos processos de produção de saúde ou doença, compreendendo os modos de vida, vindos não só das escolhas individuais, mas também dos fatores estruturais, culturais, políticas sociais e da constituição do ambiente (BATISTELLA, 2007).

### 5.1.1 Divergências entre a promoção e a prevenção em saúde

O adoecer é concebido pelas alterações concretas do corpo dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2021). A prática médica entra em contato com os indivíduos por completo, não apenas com os órgãos e suas funcionalidades. E é através da palavra que o doente expressa o seu mal-estar, e o médico consegue dar significância às queixas do indivíduo.

Esta relação do adoecer, a palavra do paciente e do profissional de saúde estabelece a relação de subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe ações para melhora perante as vivências e constatações (SILVA *et al.*, 2010).

A terminologia “prevenir” significa, de modo geral, impedir que se realize. Ou seja, a prevenção da saúde exige ações e estratégias pensadas antecipadamente através do embasamento na ciência, de modo a tornar improvável o progresso da doença.

Ações preventivas são intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas e, como consequência, haverá redução da sua incidência e da sua prevalência nas comunidades. A prevenção tem como base o pensamento epidemiológico moderno, que objetiva o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças e outros agravos (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Já a Promoção da Saúde (PrS) é definida de maneira mais ampliada do que a prevenção, considerando referir-se às medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou agravamento, mas, sim, ao aumento da saúde e do bem-estar de toda a sociedade. As ações e estratégias de PrS têm foco na transformação das condições de vida e de produção que conflituam com a estrutura subjacente dos problemas de saúde, tendo como eixo a intersetorialidade (TERRIS, 1990).

A vinculação de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) externos ao sistema de saúde foi observado há algumas décadas, mas, apenas recentemente, houve a formulação de um discurso sanitário que afirmou a saúde em sua positividade. Em meio às conferências e eventos, nota-se um avanço inquestionável no plano teórico e prático, entretanto, esse conceito positivista de saúde eleva um novo problema ao considerar a saúde, pois aborda a saúde no seu aspecto biologicista em sua maioria, sem considerar o contexto sócio-histórico-cultural que estamos vivenciando (SILVA; NISTA-PICCOLO, 2010).

Então, promover a vida em suas diferentes dimensões engloba ações no âmbito global de um Estado, a singularidade e a autonomia dos indivíduos (SILVA *et al.*, 2010).

## 5.2 CONCEITUALIZANDO A UNIVERSIDADE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

### 5.2.1 Universidade e o perfil dos estudantes

A universidade dita “moderna” emerge em um período no qual a ciência estava em evidência, pois os aspectos estruturantes da modernidade e os ditames epistemológicos rigidamente controlados pela igreja perdiam a força conquistada durante mil anos. Com a Revolução Industrial, principalmente focalizada na Inglaterra, tinha-se despertado um novo horizonte do mundo, portanto, desconsiderar os avanços que a ciência prometia era negar as possibilidades futuras para qualquer nação (RISTOFF, 2014).

Assim, em 1808, o sistema de universidade começa a ser estabelecido pela Universidade de Berlim, tendo como suporte os textos de Humboldt, que impõe às universidades a promoção e o desenvolvimento máximo da ciência, além de produção de conteúdo responsável pela formação intelectual e moral das nações. Assim, são estabelecidas duas condições necessárias para o desenvolvimento das instituições: a interna, impelida do esforço individual, e a externa, vinculada à estrutura e ao fomento (HUMBOLDT, 1997).

Além destas condições, se têm até hoje seis princípios essenciais defendidos, dando à universidade sua estrutura própria, sendo eles: a formação através da pesquisa; a unidade entre ensino e pesquisa; a interdisciplinaridade; a autonomia e a liberdade da administração da instituição e da ciência produzida por ela; a relação integrada, todavia autônoma, entre Estado e Universidade; e a complementaridade do ensino fundamental e médio com o superior (HUMBOLDT, 1997).

De tal forma que a universidade se diferenciou e se diferencia até os dias atuais de outras instituições de ensino superior, havendo entre elas uma diferenciação de concepção,

estruturação e finalidade. Vale ressaltar que a principal característica da universidade moderna é a associação programática entre ensino e pesquisa, e o terceiro elemento, a extensão. Essa programação aparece com o modelo da universidade norte-americana, sendo denominada de tripé da educação (FONSECA, 2008).

No Brasil, a caracterização de uma instituição de ensino como universidade, englobando o tripé da educação (pesquisa, ensino e extensão), foi instituída mais tarde, em 1968, a partir da Reforma Universitária, que estabelece a Lei nº. 5.540/68 (BRASIL, 1968).

O aumento no quantitativo de escolas de nível superior nos últimos anos deveu-se, principalmente, à ideia de que o diploma universitário é um instrumento de ascensão social, podendo ampliar as hipóteses de um melhor trabalho e emprego. Assim, há o surgimento de programas governamentais que estimulam o acesso à universidade, mesmo sem a garantia de um futuro acesso a um posto de trabalho na área de formação (FONSECA, 2008).

Atualmente, o papel e a função da universidade vêm se transformando desde a instituição do capitalismo. As novas formas de produção determinam fatores e processos sociais, assim, as instituições se entrelaçam com a sociedade e o setor produtivo através da solução para os seus problemas. Com isso, a universidade é vista como fábrica de conhecimento e se distancia da formação de cidadãos conscientes da sua complexidade. Além disso, a lógica utilitarista da universidade tende a minimizar a construção do conhecimento à mera produção de conhecimento mercadológico (OLIVEIRA, 2017).

Reflexo desse paradigma é a construção dos currículos que se dispõem a formar profissionais pragmáticos e mais bem adaptados às necessidades da sociedade. Já é natural, que nos primeiros anos da graduação, os estudantes já trabalham no desenvolvimento do seu TCC, tendo neste trabalho a perspectiva de desenvolver um projeto de mestrado, seguindo a mesma temática, demonstrando a precipitação de uma especialização, sendo assim revelado que esses estudantes cursam um caminho de busca para uma individualizada forma de gerir o seu papel social (RISTOFF, 2014).

É indiscutível o papel da educação para o aperfeiçoamento não apenas da vida profissional, mas da pessoal. Entretanto, à medida que os cursos nem sempre atendem à necessidade de mercado e das pessoas, é comum que o sujeito tenha dificuldade para se estabelecer na área de formação, apesar do esforço realizado para conseguir a diplomação. Em geral, essa população é composta por jovens de camadas pobres e médias, que investem na dupla jornada para alcançarem seus objetivos, com sérias repercussões para o processo saúde-doença, a exemplo, o estresse e a ansiedade (FONSECA, 2008).

Hoje, cerca de oito milhões de pessoas fazem parte da comunidade estudantil acadêmica brasileira, entre instituições públicas e privadas. Do total de estudantes matriculados nos cursos presenciais em 2018, havia 55% e 48,8% da raça branca, nas instituições privadas e públicas, respectivamente. Enquanto a da população negra foi de 11% nas públicas e 7,9% nas privadas (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR - ANDIFES, 2019).

Ao expor esses dados, vê-se que o ensino superior brasileiro é excludente, e apesar de programas e políticas inclusivas, como a das cotas, terem minimizado o problema, o acesso das populações de raça preta e parda ainda está longe do ideal. A desigualdade social brasileira se faz evidente quando as classes sociais altas possuem maiores possibilidades de cursar o ensino superior. Quase 62% dos jovens de 18 a 24 anos pertencentes à classe A, ou seja, com renda domiciliar maior de oito salários mínimos, frequentam o ensino superior, enquanto 10,5% da população da classe E, com renda domiciliar de até meio salário mínimo, acessa a graduação (SANTANA; PIMENTEL; VÉRAS, 2020).

A necessidade de trabalhar também é um fator diferenciador no momento de optar por cursar uma universidade pública ou privada. O INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, em 2019, aponta que 61,8% dos estudantes da rede privada trabalham em concomitância com os estudos, já os estudantes das instituições públicas, 40,3% trabalham e estudam. Este dado se justifica pelo fato de a maioria dos cursos da rede pública serem em período integral, e este estudante ser responsável por complementar sua renda familiar (ANDIFES, 2019).

O modelo de ensino em vigência no Brasil para os cursos da área da saúde inclui entre quatro a seis anos de graduação, para a formação básica, além da especialização, que varia de um a dois anos, dependendo da área de interesse. Os dois primeiros anos da graduação são dedicados às matérias básicas, em salas de aula e laboratórios. A partir do segundo e/ou terceiro período, inicia-se o contato com os pacientes, nos hospitais, unidades básicas, entre outros serviços, conciliando a teoria com a prática. Ao final dos cursos, há os estágios supervisionados ou o internato, a depender do curso, quando as aulas teóricas ganham novas disposições, como rodas de discussão, leituras individuais, estudos de caso e atividades práticas (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2009).

Com o passar dos períodos, as atividades dos estudantes vão se intensificando, aumentando o número de matérias obrigatórias e complementares, além dos grupos de pesquisa e extensão nos quais eles iniciam a participação. Os estudantes começam a ter que gerir o seu tempo de aula, estágio, estudo individual, atividades extracurriculares, que podem

ocorrer aos finais de semana, feriados, datas importantes, sobrecarregando o reduzido tempo disponível para se dedicarem à vida pessoal, com atenção à saúde, ao lazer e à prática de atividade física (FIOROTTI; ROSSONI; MIRANDA, 2009).

Assim, a entrada do estudante na IES representa um momento de mudança social, pessoal e profissional, na maioria dos casos. Este momento é preenchido por novas relações interpessoais, relação com o tempo, novas responsabilidades, muitos estudantes vivenciando uma autonomia nunca apreciada. No entanto, as cobranças impostas pela vida acadêmica impactam diretamente na organização da vida pessoal destes estudantes, de modo que podem vivenciar condições influenciadoras do processo saúde-doença desta comunidade (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

As IES são ambientes nos quais muitas pessoas permanecem durante o dia, aprendendo, trabalhando, socializando, até mesmo, tendo momentos de lazer, além de usufruírem dos serviços oferecidos pela instituição (MELLO; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J., 2010). Neste íterim, as instituições se configuram como ambientes estratégicos para a implementação das ações de PrS, tanto pelas implicações da vida acadêmica, quanto pela capacidade de atuar junto à comunidades, pois, ao sair da IES, o estudante poderá contribuir para difusão da PrS nos mais diversos ambientes sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Para tanto, é necessário que as IES assumam a responsabilidade na perspectiva de que a saúde não é promovida estritamente no setor que abrange os cursos da área da saúde. Sendo assim, para inserção da PrS nas IES, é preciso compreensão por parte dos gestores universitários, da saúde em seu sentido ampliado. Então, conhecer o movimento das UPS pode contribuir para ampliar a percepção da saúde e para sensibilizar os gestores sobre o papel das universidades como espaços promotores de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

### 5.2.2 Universidade promotora da saúde

Uma universidade promotora da saúde é aquela que incorpora o fomento da saúde ao seu projeto, a fim de propiciar o desenvolvimento humano e melhorar a qualidade de vida daqueles que ali estudam ou trabalham, influenciando, assim, os trabalhos e ambientes sociais. Desta maneira, promove conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado e para a implantação de estilos de vida saudáveis na comunidade universitária (BRAVO *et al.*, 2013, p.465).

O movimento das Universidades Promotoras da Saúde se enraíza na política de ambientes saudáveis impulsionados pela OMS na década de 1980, com iniciativas em cidades e escolas. Esta política propõe a implementação de políticas públicas saudáveis em locais onde as pessoas vivem cotidianamente (ARROYO; RICE, 2009; LARA *et al.*, 2008).

As UPS emergem para incorporar a PrS ao ambiente acadêmico, tendo em vista que a universidade se constitui de um local físico, psicológico e social dos indivíduos que ali convivem. A mudança de uma IES para UPS envolve, além da responsabilidade social da instituição, a percepção de que este ambiente influencia positivamente nas condições de vida e saúde da comunidade acadêmica (BRAVO *et al.*, 2013).

Nas IES, essa estratégia de ambiente saudável se fortalece na década de 1990, sendo a *University of Central Lancashire*, em 1995, a pioneira no projeto de UPS, implementando projetos com centralidade nas temáticas álcool, exercício, sexo seguro, saúde mental e ocupacional (SOARES; PEREIRA, CANAVARRO, 2015).

Na América Latina, este movimento se fortaleceu com ações e estratégias em instituições públicas e privadas, com a formação de redes em países como Chile e México, e das conferências internacionais. Vale ressaltar que no mundo, durante as duas últimas décadas, o número de IES que adotaram o desafio das UPS não parou de crescer (ARROYO; RICE, 2009; SOARES; PEREIRA; CANAVARRO, 2015).

Assim, na busca por sustentar esta política, tem-se a construção de ambientes físicos, psíquicos e sociais que influenciam na melhora da qualidade de vida da comunidade acadêmica. Um ambiente saudável é um estímulo para que os sujeitos desenvolvam condutas positivas de saúde, todavia apenas mudanças físicas não constroem uma UPS, é preciso políticas e estruturas curriculares, lideradas por gestores universitários comprometidos com o desenvolvimento de estilos de vidas saudáveis (TOSTA *et al.*, 2012).

Em uma UPS, é preciso ser considerada a constituição da comunidade acadêmica, que nos aspectos relacionais gerará a cultura local, com os professores, os técnico-administrativos, os auxiliares de limpeza e os estudantes. Vale ressaltar que os estudantes estão em uma fase vital para adoção de estilos de vida que os levarão para o âmbito social, familiar e profissional (BRAVO *et al.*, 2013). Assim, acredita-se que o estilo de vida da comunidade acadêmica poderá influenciar positivamente na defesa da saúde mundial, pois estas pessoas têm papel relevante no desenvolvimento e na defesa de futuras políticas de saúde, ou mesmo na tomada de decisão acerca destas mesmas políticas (SOARES; PEREIRA; CANAVARRO, 2015).

A Carta de Edmonton (2005), documento considerado um marco referencial para o movimento das UPS, apresenta que as UPS ou IES revisam seus processos e influências sobre a saúde e bem-estar individual e organizacional, além de assumirem a responsabilidade de contribuir e melhorar a saúde e bem-estar da sociedade, através da colaboração e do trabalho

em redes. Como instituições acadêmicas, elas devem ainda ter processos colegiados de governo, que são únicos em relação a outras organizações (OLIVEIRA, 2017).

Diante deste exposto, a universidade não está voltada apenas para a formação do indivíduo e para a produção do conhecimento científico, como visto no princípio da sua formação, mas também abarca a responsabilidade social de atuação na comunidade em que se situa, produzindo saúde de qualidade e modelos de desenvolvimento humano e comunitário saudáveis. Assim, as UPS advêm com o compromisso de incorporar a PrS no ambiente acadêmico, seguindo marcos conceituais e operacionais, como a Carta de Ottawa (ARROYO, 2018)

### 5.2.3 Universidades promotoras da saúde: implementar, avaliar e desenvolver

Neste tópico, vamos expor algumas experiências de UPS implantadas e desenvolvidas em diferentes instituições, países e regiões. Este tópico se faz necessário por contribuir para compreensão da materialização da proposta no dia a dia das instituições, que até o momento foi discutida de forma empírica. Caso tenha mais interesses no assunto, no APÊNDICE A, encontra-se um artigo como produto final de uma revisão de literatura das ações instituídas em IES a nível mundial.

No Chile, foi realizado o “INTA Saludable”, iniciado no ano 2000. Foram desenvolvidas ações voltadas para alimentação, com novas bases para licitações de cantinas, visando à oferta de alimentação saudável; atividade física, foi construído um ginásio para realização de atividades físicas e estabelecidos convênios com locais com piscina, pois natação era uma prática da comunidade acadêmica; tabaco, campanhas para não fumar no ambiente de trabalho, posteriormente foi criado um ambiente para fumantes; relações de trabalho, ações para melhorar a comunicação entre os setores, com cursos de capacitação de desenvolvimento pessoal, interpessoal e melhoria nas áreas verdes da instituição. Foi criado um *website* para que todos da comunidade pudessem ter acesso aos temas abordados no Congresso das UPS (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que na experiência chilena a proposta de PrS nas universidades ocorreu antes do I Congresso de Universidades Promotoras da Saúde, em 2003, e que este foi um momento para a socialização do conceito de UPS. Após este evento, foi criado um *website* aberto à comunidade acadêmica em geral, com interesse nos temas abordados, de maneira que os interessados pudessem acessar as conferências e conteúdos apresentados (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Na Universidade de Concepción, desde 1990, são desenvolvidas ações que incorporam a PrS ao ambiente de ensino superior, com programas sobre sexualidade, drogas e responsabilidade social, além de desenvolver trabalhos de pesquisa, extensão e formação de recursos humanos. Neste último eixo, são promovidos cursos interdisciplinares para formar estudantes para o trabalho em equipe e liderança na PrS. Na Universidade Católica do Chile, o modelo de universidades saudáveis foi incorporado ao plano estratégico da instituição, assim, o modelo passou a fazer parte do planejamento estratégico da universidade, incorporando a filosofia da PrS à universidade, aos processos e aos planos da instituição (ARROYO; RICE, 2009).

Outra ação da Universidade Católica do Chile foi a realização de diagnósticos dos estilos de vida de seus estudantes, tendo sido desenvolvidas ações nas áreas de atividade física, alimentação, saúde mental e oral, prevenção cardiovascular, prevenção e controle do tabaco e outras drogas, além do que se coloca à disposição como guia para outras instituições que desejassem pertencer à rede de UPS (ARROYO; RICE, 2009).

A Universidade de Costa Rica implementou, desde 2005, uma equipe multiprofissional - médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, profissional de recreação e artes dramáticas - especialista em PrS. Entre as ações desenvolvidas por esta universidade, estão: pesquisa com formulário eletrônico baseado nos determinantes de saúde, para conhecer o estado de saúde dos estudantes e funcionários; introdução no currículo de alguns cursos com temas como sexualidade, estilos de vida e saúde mental; elaboração conjunta de miniprojetos de PrS com funcionários representantes de unidades acadêmicas e administrativas; campanha nutricional para o aumento do consumo de frutas e vegetais; implantação dos espaços livres de fumo; entre outras ações (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Na Escola Superior Politécnica de Chimborazo, no Equador, são implementados programas de recreação e esporte, informação e educação, valendo-se de publicações permanentes através da internet, o projeto de bares saudáveis, cursos de verão acerca da saúde da comunidade acadêmica, projeto de prevenção do HIV/AIDS e práticas sexuais, entre outros. Na Universidade Autónoma de Zacateca, no México, objetivou-se impulsionar a responsabilidade individual e social, relativas à saúde, com educação preventiva. Além disso, busca realizar diagnósticos da saúde da comunidade acadêmica, estabelecer alianças estratégicas, estabelecer programa de PrS e educação em saúde, com o objetivo de criar uma cultura em saúde e modos de vida saudáveis, instalar equipes interdisciplinares de PrS no ambiente universitário e criar ambientes saudáveis (OLIVEIRA *et al.*, 2019).



Um exemplo no Brasil é a Universidade de Brasília, que pertence à rede de UPS desde 2016. Durante a pandemia de COVID-19, desenvolveu e/ou adaptou ações de PrS para a comunidade acadêmica e programas como atendimento psicológico *on-line*, atendimento psiquiátrico, grupo FalArte, práticas para redução de estresse, grupo do Giz à Palavra, que reunia, de forma *on-line* e gratuita, os professores para troca de experiências pessoais e coletivas no período de distanciamento social, o grupo de “A educação dos filhos em período de pandemia”, que objetiva uma reflexão sobre a educação dos filhos no distanciamento social e isolamento físico e se propõe a ajudar a encontrar possibilidades criativas para lidar com esta nova situação, que tem gerado angústias (POLEJACK *et al.*, 2021).

Apesar da exemplificação e do relato das ações e programas já instaurados nas universidades, elas não podem ser tratadas como ‘receita de bolo’ e serem simplesmente replicadas em outros contextos, sem que ocorra uma reflexão sobre as características de cada local e população que ali frequenta. Contudo, demonstra-se que é possível promover saúde no âmbito da universidade e contribuir para o desenvolvimento de ações em instituições que ainda não têm programas próprios de promoção da saúde.

#### 5.2.4 Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde

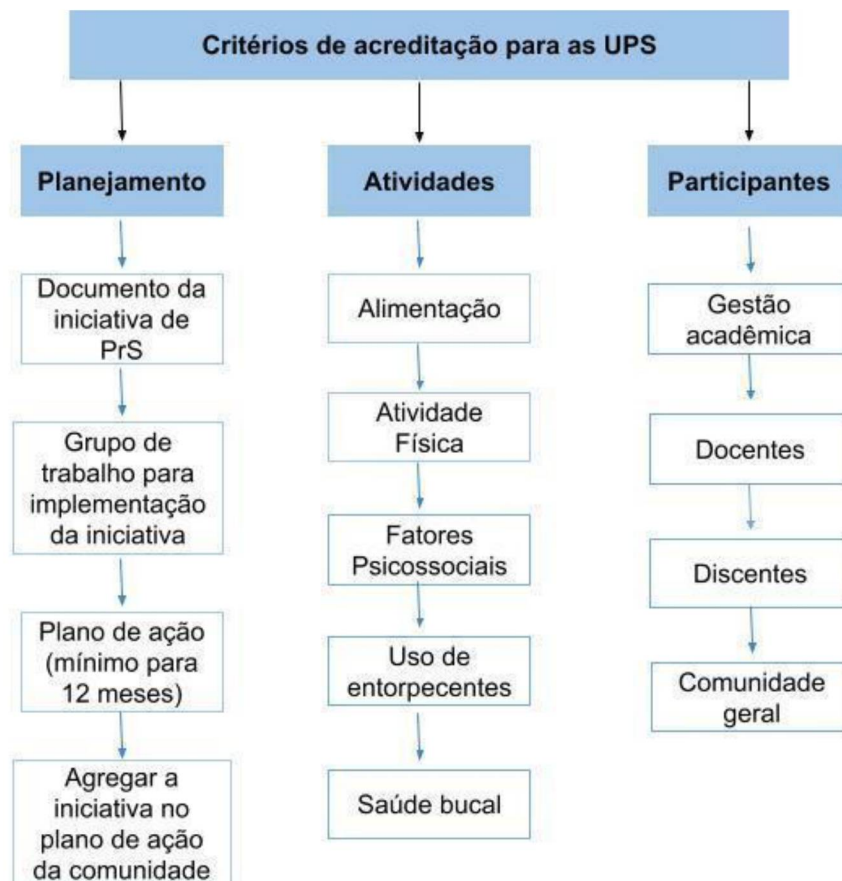
A Universidade de Brasília (UnB) é precursora no movimento das UPS no Brasil, filiando-se, em 2016, à Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras da Saúde (RiUPS). A nível nacional, a discussão para implementar este projeto foi iniciada em 2014 pela Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da UnB, com o I Seminário Internacional de FS Promotora da Saúde. Eventos nacionais ocorreram em 2016, o II Seminário Internacional FS Promotora de Saúde e, em 2017, Colóquio Internacional Universidade Promotora da Saúde “Em direção à promoção da equidade e inovação social” (HERAUD, 2013).

Em 2018, aconteceu o I Encontro da Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde (REBRAUPS), quando gestores acadêmicos de várias regiões do país discutiram parâmetros, gestão e integração de UPS, utilizando a RiUPS. Concomitantemente, ocorreram o III Seminário Internacional de FS Promotora de Saúde e a I Mostra de Experiências Promotoras de Saúde. Esta mostra teve como objetivo divulgar trabalhos, produtos e experiências com a temática “Equidade, Sustentabilidade, Inovação e Participação Social”, na perspectiva da promoção da saúde, principalmente no contexto das universidades (GOUVEIA, 2020).

Assim, a REBRAUPS foi oficializada em 2018 por iniciativa da UnB, seguida e apoiada por outras 18 Universidades no I Encontro Nacional de Universidades Promotoras da Saúde. Atualmente, o Brasil tem 2.608 IES, entre públicas e privadas, das quais 20 universidades, aproximadamente 0,8%, detêm o Selo UPS, indicando o fortalecimento do movimento desde sua implantação (HARTMANN *et al.*, 2019).

Para a obtenção do Selo UPS, são previstos os seguintes eixos de critérios: 1) Processo de planejamento; 2) Atividades desenvolvidas; e 3) Inclusão da iniciativa no plano de ação da comunidade. Cada Eixo se desdobra em abordagens específicas que devem ser contempladas nas instituições (Figura 1), sendo que as IES devem agregar pelo menos três dos itens mencionados nos critérios (SILVA *et al.*, 2019).

FIGURA 1 - Esquema dos critérios de acreditação acadêmica. Curitiba, PR, 2019.



FONTE: Adaptado Silva *et al.* (2019).

Além desse referencial estabelecido pela OPAS, tem-se o *Standards of Practice for Health Promotion in Higher Education*, mais conhecido como *American College Health Association (ACHA)*, que serve como documento orientador para profissionais que conduzem

ou supervisionam departamentos que facilitam processos de PrS no ensino superior. O ACHA (2019) é utilizado para avaliar e estimular o desenvolvimento das competências em PrS dos próprios profissionais, avaliar o rigor dos serviços e comunicar o objetivo e a função da PrS à comunidade acadêmica e geral. Essas normas apresentam sete critérios: integração com a missão das Instituições de Ensino Superior (IES); prática de abordagem socioecológica; prática colaborativa; competência cultural; prática baseada na teoria; prática baseada na evidencia; aperfeiçoamento profissional; e prática ética.

Destaca-se que o ACHA (2019), assim como outras literaturas já citadas, não pretende ser uma fórmula prescritiva, mas um objetivo pelo qual os profissionais de PrS no ensino superior possam lutar. Assim, o objetivo destes critérios é servir de enquadramento para a prática de PrS nas instituições de ensino superior, a fim de apoiar o sucesso e o bem-estar, não apenas estudantil, mas de todos que ali frequentam.

## 6 MÉTODO

A elaboração do estudo procurou atender aos passos recomendados pela *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*. Este se constitui em um guia de pesquisa composto por trinta e dois (32) itens, fracionados em três domínios: 1. equipe de pesquisa e reflexividade; 2. desenho do estudo e análise; e 3. conclusões. Estes são considerados necessários ao desenvolvimento de estudos qualitativos, principalmente na realidade de entrevistas e grupos focais (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Este guia tem a finalidade de aprimoramento da qualidade das pesquisas qualitativas e, conseqüentemente, visa a promover condutas adequadas e maior reconhecimento desta modalidade de pesquisa, podendo auxiliar no relato de aspectos importantes da descrição do estudo referente à equipe de pesquisa, métodos empregados, seu contexto, revelações, análises e interpretações (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

### 6.1 EQUIPE DE PESQUISA E REFLEXIVIDADE

#### 6.1.1 Características pessoais

A coleta, organização e a análise dos dados foram feitas exclusivamente pela pesquisadora, que tem experiência com aplicação de questionários, entrevistas e na análise de dados qualitativos. Os dados foram apresentados e discutidos pela equipe do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde (NEPES) e Laboratório de Inovação em Promoção da saúde e Vigilância em Saúde (LIPVISA), todos da UFPR. Os núcleos contam com pesquisadores experientes e outros projetos em desenvolvimento sobre a saúde no ambiente do ensino superior.

#### 6.1.2 Relacionamento com os participantes

A pesquisadora é egressa de outra universidade, assim não teve contato prévio com nenhum dos participantes do estudo. A orientadora é docente da Instituição de Ensino Superior onde a pesquisa foi desenvolvida.

As entrevistas com os participantes não tiveram a presença da orientadora e foram reconhecidos a partir de codinomes, assegurando seu anonimato na coleta e na transcrição dos dados.

## 6.2 PROTOCOLO DO ESTUDO

### 6.2.1 Método

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. A pesquisa de abordagem qualitativa visa à análise e ao entendimento de aspectos que envolvem a multiplicidade do comportamento humano de maneira contextualizada, fazendo uso da coleta e da análise de dados, de maneira precisa sobre a investigação, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, dando assim uma visão mais ampla do cenário de pesquisa (GIL, 2010).

A abordagem qualitativa pode ser utilizada para responder a perguntas que os números não podem analisar. Por isso, precisa ter atitudes flexíveis, capacidade de observação e de intuição entre o pesquisador e os convidados da pesquisa (MINAYO, 2014).

O estudo se encaixa como descritivo, pois tem o propósito de informar as particularidades de uma determinada população, podendo determinar um grupo e estabelecer relações entre suas variáveis. As situações são observadas, interpretadas e analisadas sem a interferência do pesquisador, que faz uso de instrumentos de coleta de dados padronizados (GIL, 2010).

O estudo é exploratório, pois pretende trazer maior familiaridade do tema com o pesquisador, aprimorando as ideias ou a descoberta de intuições, considerando que este é pouco conhecido e pouco explorado. Envolve, em sua maioria, levantamento bibliográfico, entrevistas e análises, que estimulam a compreensão, além da pretensão da descoberta, o achado e a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos, apesar de evidentes (GIL, 2010).

### 6.2.2 Seleção dos participantes

A pesquisa foi realizada em etapa única. A amostra foi constituída de forma intencional, incluindo gestores universitários que exercem funções de coordenações de cursos de graduação, de serviços de saúde, e gestores administrativos, atuantes em uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública e federal da América do Sul.

Os critérios de exclusão incluíram os gestores que estivessem afastados devido a licenças de saúde (exemplo: maternidade) ou para cuidado próprio ou de familiares, com

atestado médico para tal, bem como os gestores que estivessem em férias no período de coleta dos dados.

### 6.2.3 Recrutamento dos participantes

A identificação dos participantes foi através do *site* da universidade, na aba das coordenações de cursos de setores, Sítios e Pró-Reitorias, que disponibilizam os *e-mails* para contato. Assim, foram encaminhados convites formais, constando título, objetivo geral e específicos, nome do pesquisador responsável, solicitando que disponibilizassem uma melhor data e horário para que a entrevista pessoal fosse realizada.

### 6.2.4 Cenário

O estudo foi desenvolvido em uma Instituição Pública de Ensino Superior da região Sul brasileira. A IES atua no ensino superior nos níveis de graduação (licenciatura, bacharelados e cursos superiores de tecnologia), e pós-graduação (*stricto*<sup>9</sup> e *lato sensu*<sup>10</sup>), com projetos de pesquisa, extensão e ensino. Vale ressaltar que esta IES não faz parte do quadro de Universidade Promotoras da Saúde da REBRAUPS, embora tenha programas e estrutura condizentes com os critérios estabelecidos para participação.

A instituição tem configuração organizacional dividida em 14 setores como Ciências Agrárias, Biológicas, Jurídicas e de Saúde. Estes setores têm a função de executar, coordenar e fiscalizar as unidades didático-pedagógicas e de pesquisa das áreas de conhecimento, que atualmente têm mais de 46 mil estudantes, entre graduandos e pós-graduandos (*stricto* e *lato sensu*) (Plano de Dados, 2020).

A IES tem sete (7) campi<sup>11</sup>. O campus<sup>12</sup> universitário funciona como um condomínio, ou seja, abriga as unidades de ensino e pesquisa, incluindo faculdades, escolas e institutos, dependendo da forma como foi criada, e também, órgãos de apoio e de serviços. Cada unidade/órgão tem seu diretor, orçamento, autonomia, estrutura organizacional, cursos,

---

<sup>9</sup>Compreende nos programas de mestrado e doutorado abertos a candidatos diplomados em cursos superiores de graduação e que atendam às exigências das IES e ao edital de seleção dos alunos, ao final do curso o aluno obterá diploma (BRASIL, 1996).

<sup>10</sup>Compreende programas de especialização e inclui os cursos designados como MBA (Master Business Administration), este tem duração mínima de 360 horas, ao final do curso o aluno obterá certificado (BRASIL, 1996).

<sup>11</sup>Refere-se ao conjunto de campus universitários, ou seja, no sentido plural (FAULSTICH, 2001).

<sup>12</sup> Refere-se ao campus universitário, no sentido singular (FAULSTICH, 2001).

etc. Embora haja essa distribuição, muitas atividades são realizadas em parceria, as denominadas de interunidades, especialmente nas áreas do ensino e da pesquisa. As Unidades são constituídas por Departamentos, que são a menor fração da estrutura universitária para efeitos de organização didático-científica e administrativa.

Além dos campos na capital do estado de um estado do sul do Brasil, a IES está presente no interior e no litoral do estado, com papel ativo no desenvolvimento socioeconômico e na qualidade de vida dos moradores do estado, em razão do acesso à educação superior e às atividades desempenhadas pela comunidade acadêmica em prol do Estado e do Brasil (Plano de dados) (UFPR, 2020).

Os órgãos centrais da Universidade (reitoria, pró-reitorias e superintendências) estão todos localizados no campus da capital, também conhecido como cidade universitária.

A IES tem a Coordenadoria de Atenção integral à Saúde do Servidor (CAISS), que realiza planejamentos de atividades anual, tendo como objetivo principal o acompanhamento do quadro epidemiológico do perfil da saúde laboral dos servidores, obtendo, assim, o controle, o gerenciamento e a manutenção dos indicadores de vulnerabilidade de saúde ocupacional (UFPR, 2020).

A realização de atividades relacionadas à área de saúde tem como principais características a aplicabilidade e a mensuração, deste modo, ao integrar um perfil metodológico desenvolvido pelas equipes multiprofissionais nas ações da CAISS, visa-se a um trabalho de formação e desenvolvimento de real sentido de grupos, com base essencialmente na estruturação, compartilhamento e gerenciamento de projetos/programas e seus respectivos fluxos de trabalho. Alguns exemplos a serem citados são o Programa Quadro Epidemiológico da Comunidade UFPR, o Programa de Monitoramento da Saúde no Trabalho, o Programa de Monitoramento do Absenteísmo em Saúde e Programa de Imunizações na UFPR, entre outros (UFPR, 2020).

Além dos programas supracitados, a CAISS tem vinculadas algumas unidades de prestação de serviços à saúde, que desempenham diversificados papéis para a PrS da comunidade acadêmica. Relaciona-se à Unidade Centro de Atenção à Saúde 3, mais conhecida como CASA 3, responsável por promover atendimento ambulatorial relativo à saúde da comunidade universitária e atividades correlatas. Outro serviço é o Centro de Atenção à Saúde 4, CASA. 4, responsável por promover atendimento psicológico, psiquiátrico, odontológico e de enfermagem à comunidade acadêmica (estudantes e servidores), desenvolve ainda o Projeto Terapêutico “Oficina Verde”, oferecido às pessoas atendidas na Unidade de Referência à Saúde Mental da instituição.

A Seção de Promoção à Saúde do Servidor também está vinculada ao CAISS, sendo responsável por acompanhar e promover ações com foco na saúde do servidor, objetivando a qualidade de vida no trabalho e atividades correlatas.

Por ser uma instituição pública, cada universidade é compreendida como uma instância legal privilegiada para oferta de educação formal, considerada um bem público, um direito social e um centro de produção de conhecimentos científicos. A essa organização é atribuída a missão de contribuir para a formação profissional, a realização de pesquisas, preservação e divulgação de arte e cultura, o desenvolvimento humano, a justiça social, a sustentabilidade socioambiental, democracia e a cidadania.

#### 6.2.5 Elaboração do instrumento de coleta dos dados

Para o planejamento da entrevista, buscou-se introduzir questionamentos que permitissem inquirir sobre a análise da determinação social de saúde no processo saúde-doença e a IES como cenário para a PrS. Para tanto, foi montado e pode ser apreciado no Apêndice B como cada item do ACHA desmembrou-se em perguntas que orientaram as entrevistas dos participantes da etapa única, gestores universitários.

Os eixos estabelecidos para realizar a coleta de dados foi o ACHA (2019), que contempla os seguintes itens: integração com as missões do Ensino Superior, prática de abordagem sociológica, prática Colaborativa, competência cultural, prática baseada na teoria, prática baseada na evidência e aperfeiçoamento profissional e prática ética.

Com a realização das entrevistas com os gestores universitários, buscou-se identificar as ações de PrS que desenvolvem ou desenvolveram e quais os aspectos e fatores observados para desenvolver estas estratégias.

#### 6.2.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em etapa única, ou seja, em um momento único da entrevista com os gestores universitários. O total de gestores convidados a serem entrevistados foi de 13, sendo que sete aceitaram o convite para a pesquisa e um não conseguiu devido a outras demandas. Assim, esta pesquisa contou com a participação de seis gestores universitários.

As entrevistas com os participantes foram audiogravadas, com o apoio da plataforma *Microsoft Teams*. Após, foram transcritas e guardadas. Após o prazo estabelecido no inciso



XI.2.f., da Resolução 466/12, o material de pesquisa, físico ou digital, deve ser guardado por um período de 5 anos após o término da pesquisa, então serão destruídos os registros.

Foi realizada uma entrevista individual e *on-line* com os participantes, utilizando a plataforma digital *Microsoft Teams* e o roteiro semiestruturado. Esta entrevista teve a duração de quinze a vinte e cinco minutos. As entrevistas aconteceram de julho até a primeira quinzena de setembro de 2022.

### 6.3 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2016). A análise de conteúdo é uma das técnicas de pesquisa mais antigas, utilizadas desde 1787 nos Estados Unidos, porém suas características e diferentes abordagens foram desenvolvidas nas últimas cinco décadas (CARDOSO; OLIVEIRA; GHELLI, 2021). A análise de conteúdo é vista como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, pois não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos (BARDIN, 2016). Esta análise auxilia na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão desse conteúdo, através de inferências lógicas e justificadas, tendo como referência seu princípio, o contexto e o efeito da mensagem transmitida (CARDOSO; OLIVEIRA; GHELLI, 2021).

Na análise de conteúdo, o ambiente, o funcionamento e o objetivo são descritos como conjunto de técnicas de análise das comunicações, buscando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a conclusão de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2016).

Segundo Bardin (2016), esta análise é realizada em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na pré-análise, há operacionalização e sistematização das ideias iniciais, as quais compõem o referencial teórico, bem como sistematizam-se as ideias iniciais levantadas. Neste momento, são estabelecidos os indicadores para a realização da interpretação das informações coletadas, da leitura do material selecionado ou das entrevistas transcritas.

A exploração do material foi feita pelo tratamento e edição das entrevistas transcritas. Assim, as primeiras leituras dos textos permitiram à pesquisadora a apropriação gradual dos conteúdos. Os textos foram organizados, pelas ideias centrais, através da visualização de cada entrevista individual, destacando-se os aspectos considerados importantes para a pesquisa.

Para apoiar a organização e a análise do conteúdo das entrevistas, foi utilizado o software *Qualitative Data Analysis Software* (WebQDA). Esta ferramenta computacional facilita a codificação dos dados, reduz o tempo de análise, auxilia no aprofundamento do gerenciamento das fontes de informações e a construção do conhecimento e menor interferência subjetiva do pesquisador (MACHADO; VIEIRA, 2020).

O WebQDA apresenta vantagem em relação aos outros *softwares* de análise qualitativa, que é sua maior compatibilidade com vários sistemas operacionais, facilidade de acesso por se tratar de um *software on-line* e disponibilidade de ferramentas interativas e de compartilhamento de tarefas, proporcionando a validação de processo e produtos por outros pesquisadores e/ou orientadores, permitindo assim a avaliação das categorias codificadas e os conteúdos (SOUZA, D.; SOUZA, F., 2016). Justifica-se assim a escolha do software para apoiar a organização e a análise dos dados, principalmente considerando ainda a complexidade das respostas e de suas análises, além da necessidade de cruzamento entre os resultados.

Visto que no *WebQDA* cada projeto corresponde a um documento eletrônico *on-line*, umas das ferramentas disponibilizadas pelo *software* é a criação de uma base multimídia por meio da qual é possível armazenar, codificar e indexar segmentos de informação (LOPES; VIEIRA; MOREIRA, 2013). Essa característica permitiu aumentar a fonte documental do estudo. Para garantir que as categorias empíricas emergissem da análise de conteúdo, desenvolve-se um processo manual, com necessidade perene de ser revisitado e recriado, e o WebQDA contribui também nesta perspectiva.

Após a leitura flutuante, foi iniciada a exploração do material, ou seja, a realização da codificação dos dados brutos, que foram transformados de maneira organizada e agregados em unidades, que permitirão a descrição das características pertinentes ao conteúdo (BARDIN, 2016). Nesta etapa, foram feitas as leituras dos textos, na intenção de organizar os relatos de forma a possibilitar o mapeamento das falas, agrupando-as por similaridades, assinalando as que tinham congruência, identificando as unidades significativas das falas para que na etapa seguinte pudessem ser compreendidas e analisadas.

Portanto, para clarificar como se deu o uso do software WebQDA, buscou-se destrinchar como foi feito o processo desde a criação de fonte até o surgimento das categorias e subcategorias. Desde o desenvolvimento do projeto no software, foram criadas várias fontes, uma para cada documento de entrevista realizada, por meio da ferramenta de importação de fonte interna, com base em todos os dados coletados e transcritos. Após as leituras das transcrições, foram selecionadas as informações cujo conteúdo trazia sentido para a

iluminação do objeto de estudo, com o objetivo de codificação em códigos livres, terminologia adotada pelo *software WebQDA*, códigos esses que trazia as principais ideias contidas nos dados.

Após este primeiro contato e leitura dos dados coletados e já transcritos das entrevistas, foi possível estabelecer o processo de codificação hierarquizada a partir da ferramenta códigos árvore. Na presente pesquisa, foi adotada a codificação em árvore que representou, respectivamente, as categorias e subcategorias advindas da análise de conteúdo.

Assim, os dados qualitativos provenientes das entrevistas foram classificados e agrupados em códigos árvore e subcódigos árvore. Esses códigos representam, respectivamente as categorias e subcategorias empíricas do estudo, cada qual com os temas vinculados. (Quadro 1).

QUADRO 1 - Categorias e subcategorias codificadas em árvore segundo os temas identificados a partir da análise de conteúdo. Curitiba, 2022.

<b>CATEGORIA ÁRVORE 1</b> (Continua)	
<i>Ensino Superior no campo da Saúde e a Responsabilidade Social Universitária</i>	
<b>SUBCATEGORIA ÁRVORE</b>	<b>TEMAS</b>
<b>SOCIAL</b>	Práticas de Promoção da saúde Garantia dos direitos sociais Ampliar conhecimento estudantil em relação aos serviços e ações de extensão na universidade
<b>CULTURAL</b>	Desenvolvimento do pensamento crítico do estudante Desenvolvimento da ciência e da tecnologia Definição: " o que é Promoção da saúde?"
<b>SUSTENTABILIDADE</b>	Conservação ambiental Consciência social Ações colaborativas e temáticas
<b>ECONÔMICO</b>	Desenvolvimento econômico Transformação social e científica Orçamento das instituições de ensino superior Dificuldades frente aos cortes orçamentários

(Conclusão)

CATEGORIA ÁRVORE 2	
<i>Desafios da Promoção da Saúde como resultado da pandemia e as suas implicações para as universidades</i>	
SUBCATEGORIA ÁRVORE	TEMAS
POLÍTICA INSTITUCIONAL	Política de Promoção da Saúde na Instituição de Ensino Superior Ingresso na Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde "Como promover saúde na universidade?"
PRÁTICAS EM SAÚDE NOS TEMPOS DE PANDEMIA	Potencialidades das práticas promotoras da saúde Fragilidades das práticas promotoras da saúde Impactos da pandemia na saúde da comunidade acadêmica
IMPACTO DA SUSPENSÃO DAS AULAS	Perfil dos estudantes pós-pandemia na visão dos gestores universitários Ações instituídas para minimizar os impactos Impactos positivos do Ensino Remoto Emergencial Cortes orçamentários e o retorno dos estudantes à instituição

FONTE: A autora (2022).

Durante a análise, foi também utilizado o terceiro tipo de código disponibilizado pelo *software WebQDA*, os códigos de descritores, criados para caracterizar todos os participantes, e proporcionar a realização da sua caracterização.

Após a conclusão desse processo, as mensagens ficaram divididas em elementos menores. Na análise de conteúdo, as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos, que são as unidades que registram em razão de características comuns (BARDIN, 2016). A escolha das categorias de análise auxiliou na seleção dos dados e nos seus agrupamentos, originando as categorias temáticas. Este agrupamento permitiu a passagem de dados brutos a dados organizados. Depois de definidas as categorias, na fase do tratamento dos resultados, foram realizadas inferências e interpretações dos dados encontrados, sustentadas na literatura referente à investigação.

#### 6.4 ASPECTOS ÉTICOS

Na condução deste estudo, foram obedecidas as diretrizes e normas regulamentadoras das Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõem sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, e as questões relativas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (BRASIL, 2012). E ainda, da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, também do CNS, documento que rege as pesquisas envolvendo seres humanos e incorpora, sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, entre outros. Visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2016).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado com o parecer **5.443.926** e certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) **56502822.40000.0102**, de 08 de março de 2022, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (ANEXO I). A coleta dos dados ocorreu mediante o esclarecimento dos aspectos relativos à condução da pesquisa e à assinatura do TCLE pelos participantes (APENDICE A).

Os dados da pesquisa foram coletados respeitando a Resolução n. 196\96 do CNS, que versa sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos (BRASIL, 1996). A coleta de dados ocorreu mediante assinatura de um TCLE por parte dos sujeitos participantes.

Para assegurar o anonimato dos participantes e facilitar ao leitor a contextualização das falas, os entrevistados foram identificados com as letras "GU", fazendo menção a "Gestor Universitário", acrescido de um número cardinal, considerando a ordem das entrevistas.

Para autorização e informação sobre o estudo, o objetivo do projeto de pesquisa foi encaminhado para as divisões e coordenações dos cursos de saúde da IES via e-mail. Assim, os coordenadores dos cursos de graduação, de serviços de saúde e gestores administrativos foram consultados sobre o interesse em participar da pesquisa de maneira livre e espontânea, orientados quanto ao objetivo, finalidades, procedimentos metodológicos e utilização de recurso de gravação, com garantia do sigilo conferido às informações e ao anonimato (através de codinomes) e ao direito de desistência a qualquer momento.

Somente mediante a aprovação se deu início ao registro dos temas do estudo. O *link* para acesso ao TCLE foi encaminhado via e-mail, lido, esclarecido e assinado por todos os participantes da pesquisa antes do início das entrevistas. Após o aceite on-line, foi

encaminhada uma via em PDF ao participante e uma ficou armazenada com a pesquisadora. Os aspectos éticos e o rigor metodológico estavam interligados no decorrer de todo o estudo, mediante o seguimento dos princípios em pesquisas com seres humanos, e da apresentação de uma descrição detalhada de cada etapa a ser desenvolvida no processo.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão deste estudo estão apresentados em formato de capítulos. O primeiro capítulo foi intitulado "**Perfil dos gestores acadêmicos**". O segundo capítulo foi designado "**Ensino Superior no campo da saúde e da Responsabilidade Social Universitária**". Já o terceiro capítulo denomina-se "**Desafios da Promoção da Saúde como resultado da pandemia e as suas implicações para as universidades**". Os resultados aqui descritos são fruto de uma análise de conteúdo segundo Bardin (2016), que demonstra o entendimento dos entrevistados, possibilitando a análise do modo como ocorre a prática de PrS no contexto acadêmico.

### 7.1 PERFIL DOS GESTORES UNIVERSITÁRIOS

Antes de descrever o perfil dos gestores, cabe destacar que a gestão compreende o planejamento, projeto, construção, implementação, utilização, monitoramento, identificação de melhorias e realização de ajustes de forma a melhorar o desempenho de um determinado setor ou melhorar a posição da organização como um todo. Em se tratando de gestão na educação superior, também chamada de gestão universitária, acrescenta-se o fato de que a universidade promove a formação dos indivíduos pelo desenvolvimento do conhecimento, assim a gestão universitária vai além das fronteiras sociais e organizacionais (PAIVA, 2006).

Ao mesmo tempo em que a gestão universitária ultrapassa as fronteiras supracitadas, é necessário que esteja preparada para os novos desafios que se colocam e que os gestores desenvolvam responsabilidade estratégica, conheçam as funções organizacionais e busquem acompanhar as novas demandas sociais e de saúde que se apresentam, citando como exemplo mais recente, o enfrentamento da pandemia de Covid-19 (ROCHA, 2018).

Frente aos desafios, é preciso reconhecer o perfil dos gestores. Neste estudo, foram convidados a participar da pesquisa coordenadores dos cursos de graduação em saúde, pró-reitores vinculados aos setores de saúde e educação e gestores dos serviços de saúde da instituição. Destes, seis gestores que participaram da pesquisa, um está vinculado ao Setor de Ciências Biológicas e cinco estão vinculados ao Setor de Ciências da Saúde. A Tabela 2 apresenta de forma detalhada o perfil dos gestores.

TABELA 2 – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa. Curitiba, 2022.

Variáveis	Gestores Acadêmicos
<b>Sexo</b>	
Feminino	05
Masculino	01
<b>Total</b>	<b>06</b>
<b>Categoria Profissional</b>	
Enfermeiro(a)	02
Odontólogo(a)	01
Nutricionista	01
Farmacêutico(a)	01
Outros(as)	01
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>
<b>Tempo de formação</b>	
18 a 23 anos	01
24 a 29 anos	03
30 a 35 anos	02
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>
<b>Tempo no cargo</b>	
Menos de 01 ano	-
Entre 01 e 02 anos	03
Mais de 02 anos	03
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>
<b>Escolaridade</b>	
Ensino Superior + Pós- graduação (lato sensu)	01
Ensino Superior + Pós-graduação (stricto-sensu)	05
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>

FONTE: A autora (2022).

Destaca-se a liderança das mulheres em cargos estratégicos como pró-reitoria, nas coordenações de cursos e na gestão de serviços de saúde da IES. Essa ocupação de cargos mais ao topo da hierarquia universitária não é algo frequente ou comum, pois quanto mais alto



o cargo, menor a chance de encontrar mulheres (ESPEJO *et al.*, 2022). Neste sentido, o perfil apresentado reforça as modificações no cenário do mercado de trabalho no Brasil e no espaço acadêmico, o que aponta um avanço em atividades profissionais que até pouco tempo eram exclusivamente exercidas por homens, a exemplo dos cargos de alta hierarquia (NOGUEIRA; KUBO, 2013).

Destaca-se ainda a presença de enfermeiras na gestão universitária na instituição de ensino pesquisada, ao coordenar o curso de enfermagem e os serviços de saúde. Tal característica pode estar relacionada ao fato de a enfermagem ser considerada uma das principais responsáveis pelo cuidado em saúde, com uma formação holística, considerando a subjetividade de cada pessoa, sobretudo as que estão em processo de transição de vida, como os imigrantes e demais aos grupos em vulnerabilidade (pretos, LGBTQIAP+, entre outros) (COUTINHO *et al.*, 2019).

Ao mesmo tempo em que o participante vivencia o cargo de gestão universitária (cinco participantes), ele permanece desenvolvendo suas atividades docentes, e um ocupa o cargo de responsável técnico da seção de promoção da saúde do servidor. Os dados apresentados coincidem com os achados na literatura, que demonstram que, em vários casos, profissionais docentes ou que estavam em função de docência assumem cargos de gestão (JUNG; FOSSATTI; MONTOLLI, 2019).

É possível evidenciar que os docentes-gestores têm uma identidade profissional híbrida em que o ensino e a gestão coabitam, similar à percepção de HOTHO (2013), que apresenta um conflito de papéis entre gestores universitários, docentes e pesquisadores. No referido estudo, a maioria começou como professor e acumulou a função de gestor, sendo que 66,6% dos gestores entrevistados realizavam simultaneamente atividades de ensino e gestão.

Neste contexto, cabe reforçar que os gestores universitários desempenham função elementar nas decisões políticas e nos planos estratégicos de promoção da saúde da IES (ASSOCIATION OF INTERNATIONAL EDUCATORS, 2015). Tais planos se constituem como importante recurso para a institucionalização do processo por servirem como roteiro de operacionalização de ações de saúde na universidade; estímulo ao engajamento dos participantes-chave; mecanismo para explicar o significado e os objetivos das práticas e estruturas de saúde da comunidade acadêmica; desenvolvimento, colaboração e integração interdisciplinar entre os departamentos da instituição; e ferramenta para levantar recursos (LEAL; CÉSPEDES; STALLIVIERI, 2017).

Independentemente da natureza da instituição de ensino, ou seja, públicas, governamentais, comunitárias ou privadas, elas têm como característica comum sua inserção

no setor de serviços. Assim, devem profissionalizar sua gestão, começando com a formação de sua liderança. Em um estudo, demonstrou-se que a habilidade política foi enfatizada quando comparada com as outras consideradas importantes para a gerência, como habilidade administrativa, acadêmica e gerencial (ÉSTHER, 2011; JUNG; FOSSATTI; MONTICELLI, 2019).

Para além do perfil dos entrevistados, destaca-se que todos vivenciaram a pandemia de Covid-19 no período da sua gestão. Neste sentido, estar em cargos de gestão é um desafio, pois nem sempre ocorrem capacitações sobre as atribuições de sua competência.

*"Infelizmente a gente não tem apoio de nada [...] a gente vai meio que aprendendo com as demandas." (GU3)*

Soma-se ao exposto que com a abrupta chegada do SARS-CoV-2 mobilizando a necessidade de mudanças nas IES, os gestores também precisaram se adequar à nova realidade, incluindo não apenas dos estudantes, mas também dos servidores que convivem em suas unidades. Deste modo, as incertezas na situação educacional obrigou os gestores universitários a encontrar alternativas eficazes e calcular os melhores cenários para concentrar as ações educacionais e de saúde, visando a obter resultados de sucesso no futuro (REBUKHA; POLISHCHUK, 2020), principalmente para auxiliar estudantes e servidores em vulnerabilidade (SILVA *et al.*, 2021). Para isso, uma gestão assertiva e pautada em promover saúde é um fator crucial em tempos de crise e decisões transparentes envolvendo os principais representantes, ou seja, decisões intersetoriais, causando uma sensação de presença e controle por parte da universidade, e de pertencimento por parte dos estudantes e servidores (AGASISTI; SONCIN, 2021).

Desta forma, a alta demanda direcionada para a gestão universitária inclui um longo processo de trabalho com as diferenças e conflitos que permeiam uma instituição de função social tão complexa (JUNG; FOSSATTI; MONTICELLI, 2019). Além das necessidades diárias da gestão, a realidade da pandemia de Covid-19 exigiu decisões tempestivas para que o planejamento fosse readequado e o impacto, minimizado, o que ocasionou uma adaptação no planejamento estratégico e a continuação dos processos educacionais (ESPEJO *et al.*, 2022). Neste sentido, além do acúmulo de funções (gestor e docente), ele enfrenta o desafio de conduzir ações viáveis que estejam de acordo com o momento político e econômico do país, bem como de revisar as funções exigidas no cargo de gestão que ocupa, de acordo com o cenário sanitário.

Neste ínterim, a realidade vivenciada pelos gestores demonstra a existência de ganhos obtidos com ações assertivas de promoção da saúde para a comunidade acadêmica (tais como fortalecimento de ações afirmativas), assim como perdas originadas pela pandemia, mas também pelo desfinanciamento, como o acúmulo de funções, entre outros problemas vivenciados pelas universidades federais brasileiras. Componentes estes da realidade, os quais transformam o exercício da gestão universitária em um desafio, considerando como necessidade sua dinamicidade e as diretrizes para práticas de promoção da saúde.

## 7.2 ENSINO SUPERIOR NO CAMPO DA SAÚDE E A RESPONSABILIDADE SOCIAL UNIVERSITÁRIA

O modo de vida ocorre em vários espaços e em vários momentos de reprodução social. Um deles é o espaço acadêmico, onde são desenvolvidas atividades produtivas, de reprodução do sujeito social, além do cultural, no qual a identidade, a subjetividade e as visões de mundo são construídas (BREILH, 2015). Assim, é intrínseco às universidades garantir um conjunto de condições para os estudantes, decorrentes do seu programa de governo, bem como a tentativa de melhorar a qualidade e o modo de vida da população universitária.

As IES que fazem parte das UPS incorporam uma perspectiva de responsabilidade social em todo o seu trabalho e oferecem para a comunidade acadêmica (estudantes, docentes e demais servidores), independentemente de sua área de saber, a formação e espaços de experimentação e debate que abordem a temática do desenvolvimento sustentável e social, promovendo, assim, práticas para uma cidadania ativa e responsável. Estas tratativas se comprometem a promover saúde, educação e investigação transdisciplinar colaborativa na área de desenvolvimento sustentável (social, cultural, sustentabilidade e econômica), ofertando serviços à sociedade e ao bem comum (ALONSO, 2015).

A universidade pesquisada não aderiu à carta de interesse em participar da REBRAUPS, sendo assim, não integra a rede das UPS, mas desenvolve ações voltadas à promoção da saúde e desenvolvimento sustentável.

Neste sentido, a primeira subcategoria, a **social**, trata de ações e projetos que buscam ampliar o conhecimento da exclusão da fome e das doenças, a falta de segurança e da garantia dos direitos sociais, dentro e fora do contexto acadêmico. De forma especial, busca-se ofertar

um cuidado de saúde direcionado às pessoas mais vulneráveis que, em crises sanitárias como na pandemia de Covid-19 e com a desigualdade social, são as mais afetadas.

Assim, os participantes reconhecem alguns dos serviços e projetos de saúde que são ofertados pela instituição:

*"Nós temos o NEPES <sup>13</sup>que é o núcleo de ensino, pesquisa, extensão e saúde trabalhando com a questão da prevenção, dando suporte para questões de coleta de exame, monitoramento, acompanhamento e tal." (GU1)*

*"Então a gente tem o Centro de Atenção à Saúde<sup>14</sup>, que, na verdade, tem consulta médica, coleta de exames, vacinas, atendimento psiquiátrico e psicológico." (GU1)*

*"[...] projeto de extensão que envolve tanto a farmácia quanto a nutrição, onde eles estudam a Promoção da saúde pela alimentação, também tem palestras na unidade escola, promoção da saúde feita pela Pet Farmácia." (GU4)*

Observa-se que as atividades de extensão são reconhecidas como parte dos serviços de saúde da instituição, quando, na realidade, são ações ofertadas de forma voluntária ou por editais de pesquisa para a comunidade acadêmica. Esta confusão pode estar associada às necessidades sentidas pelo fato de os gestores dos respectivos projetos estarem presentes no cotidiano dos gestores, seja frente às atuais crises sanitárias, pandemia da Covid-19 e iminência da *Monkeypox*, por exemplo. Tal fato chama a atenção para o desafio que as IES têm de estruturar a vigilância em saúde, porém sem perder o foco no social e na redução das desigualdades de acesso aos meios de comunicação, saúde e ao próprio ambiente universitário.

Ao mesmo tempo, chama-se a atenção para o PDI da instituição

*Para a Universidade [...], a extensão universitária é a porta da frente, sempre aberta para o acesso do cidadão às atividades de ensino e cultura e, de entrega de valor por meio da prestação de serviços de prioridade pública, como **saúde individual e coletiva**, na assistência social em áreas onde a mão do Estado deve se fazer presente, e no fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico do setor produtivo da sociedade (UFPR, 2020, p. 66, grifo nosso).*

Identifica-se que os gestores universitários compreendem o social como essencial na instituição, porém relatam que há fragilidade em instituir ações efetivas, devido aos cortes financeiros e contingenciamentos sofridos pela universidade, assim como a integração de

---

<sup>13</sup>É um projeto interdisciplinar formado no início da pandemia de Covid-19 a partir da necessidade de realizar vigilância em saúde na universidade, em destaque foco no rastreamento, monitoramento, ações de enfrentamento e prevenção de doenças transmissíveis (infectocontagiosas). Contudo, trata-se de um projeto de extensão, não um serviço de saúde da universidade (UFPR, 2020).

<sup>14</sup>É um serviço de saúde da universidade responsável por promover atendimento ambulatorial relativos à saúde da comunidade universitária e atividades correlatas (UFPR, 2020).

projetos de pesquisa e extensão de docentes. Neste sentido, a própria instituição acaba fragmentando as ações ao invés de potencializá-las com a integração de projetos e docentes com e para o mesmo fim.

Os gestores demonstram clareza em relação aos termos prevenção de doenças e promoção da saúde ao correlacionados e ao descrever ações que são desenvolvidas na instituição, porém poderiam ser potencializadas. Percebe-se que há compreensão de que ao fortalecer a promoção da saúde e prevenção da doença, como um exercício diário da prática, o aluno também poderá perceber e reconhecer formas de atuação em saúde nesta perspectiva.

*"[...] promover saúde é você cuidar da prevenção[...] como uma vacina, programas de orientação para pessoas que têm alguém na família com hipertensão, diabetes. Então essa prevenção, esse estar antes de acontecer, pra mim está bastante ligado à promoção da saúde." (GU3)*

*"[...] a maioria dos professores ainda precisam se conscientizar que nós temos que fazer prevenção, e não só dar as aulas e ser conteudista." (GU4)*

É salutar que temas relacionados com a promoção da saúde e prevenção de doenças sejam assumidos como centrais no processo de formação em saúde, assim como em ações desenvolvidas pelas instituições de ensino. Somam-se, ao exposto, a dimensão da rede de serviços de saúde e o quantitativo de profissionais que nela atuam na própria instituição da pesquisa, o que, na ótica das UPS e na determinação social em saúde, poderia ser positivo para vislumbrar a saúde a partir de uma concepção integral, interdisciplinar, intersetorial, complexa, que está intrinsecamente relacionada ao modo de vida, ao meio ambiente, ao modo de produção e reprodução social.

Além disso, diante destas falas supracitadas, há que se considerar que quando se trata de cidadania, permeiam interesses individuais e coletivos, e o acesso aos direitos sociais é uma das dimensões importantes para isso. Para Lamóglia e Gisi (2006), não há como abordar a cidadania sem que haja igualdade, desta forma, com a efetiva garantia do exercício pleno do direito de cada um. Portanto, comprometer-se com os direitos sociais, em especial a saúde e a educação, não pode ser de modo passivo, precisa ser prático, não havendo compromisso verdadeiro sem se posicionar como indivíduo, antes de ser profissional, ampliar o saber sobre ser "humano" neste mundo, adotando uma visão crítica, menos ingênua e focalista (FREIRE, 1979).

Nesta perspectiva de formação integral dos estudantes, é importante que os docentes, que convivem diariamente nos mesmos espaços, compreendam a importância da criação de ambientes extraclasse como possibilidade de promover saúde e gerar conhecimento,

estimulando sua identidade cidadã. Construir um momento diferenciado e descontraído de reflexão e diálogo em que os partícipes do processo de aprendizagem (docente e estudante) possam refletir sobre os assuntos de saúde a partir de suas vivências, oportunizando uma aprendizagem integrada à sociedade e à natureza, além de dar visibilidade às estruturas e espaços já existentes na universidade (VIANNA, 2014).

Neste sentido, a formação pautada na proposta de PrS favorece a intersetorialidade e a interdisciplinaridade que, quando integradas à formação de profissionais da saúde, em específico, coadunam-se com as orientações da OMS, que tem propagado o conceito e apoiado a estratégia de criação de ambientes saudáveis. Deste modo, quando se opta por incluir as atividades de PrS no processo de formação profissional em todas as áreas, se favorece a formação integral, pois há um estímulo à prática profissional responsável, retificada com a realidade social. Assim, as universidades têm a responsabilidade de favorecer a capacitação dos estudantes no controle da sua saúde, na ampliação do conhecimento em relação às práticas de saúde desenvolvidas pela universidade, ajudando-o a tomar decisões da sua própria saúde de forma consciente (ARAÚJO; JOAZEIRO, 2020).

Contudo, diante do acúmulo de funções exercidas pelos gestores, muitas vezes ele sequer realiza o seu autocuidado e, em alguns casos, sequer é um sujeito ativo do seu processo de saúde. Neste sentido, é preciso um olhar cuidadoso sobre a saúde dos gestores para o exercício e manutenção de um “ambiente saudável”.

*"[...] como que a gente ensina alguém a cuidar da saúde dos outros se a gente não cuida da própria saúde." (GU1)*

O eixo "ambiente saudável" estabelecido na Carta de Ottawa (1986) não está relacionado apenas com a construção de ambientes de trabalho e lazer que possibilitem melhorar a saúde, mas também a proteção ao meio ambiente. Propõe que o reforço da ação comunitária seja desenvolvido através do empoderamento das comunidades para participação na tomada de decisões, assim, o desenvolvimento de habilidades pessoais relaciona-se com a divulgação de informações sobre a educação para a saúde. Esta reorientação dos serviços de saúde se direciona para a superação do modelo biomédico (BUSS, 2000).

Assim, elaborar uma proposta de PrS perpassa a atuação setorial, sendo necessário articular diferentes áreas do conhecimento e diferentes setores em ações integradas. Ademais, é necessário compreender a "pessoa" no mundo, sem superestimar as influências das estruturas ou a capacidade do ator social, mas compreendendo sua articulação entre determinações e vontades próprias (OLIVEIRA, 2017). Destaca-se ainda que parcelas da sociedade historicamente excluídas do contexto das IES brasileiras, tradicionalmente ocupadas por pessoas com poder econômico, têm tido oportunidade de ingressar nas universidades por meio de políticas públicas de acesso, como a Lei de Cotas, todavia, ainda que focalizadas e parciais, não garantem completamente a sua permanência na universidade (MOREIRA; SOARES, 2019).

De forma complementar ao eixo supracitado, outro termo e princípio da promoção da saúde que emergiram das entrevistas foi o aspecto **cultural**, devendo a universidade desenvolver, preparar e acolher o estudante para o pensamento crítico de desenvolvimento social que, juntando a ciência e a tecnologia, seja capaz de criar uma cultura social, tecnológica e organizacional. Neste sentido, um participante se referiu ao "Programa de orientação acadêmica" como programa de auxílio aos estudantes imigrantes da universidade.

*"[...] programa de orientação acadêmica é quando esses alunos estrangeiros e indígenas entram na IES, ele é incentivado e orientado a fazer o curso de língua portuguesa para poder começar a entender e interpretar." (GU4)*

Todavia, o programa mencionado refere-se à diminuição do número de estudantes que ficam retidos, evadem ou que entram no processo de jubramento (RESOLUÇÃO nº 95-A/15 – CEPE). Deste modo, o programa surgiu para auxiliar estudantes de forma que consigam completar sua formação acadêmica com qualidade e no tempo devido, o que aponta para mais investimentos da universidade na capacitação dos seus gestores sobre os programas que se perpetuam na instituição.

Diante do exposto, observa-se que a instituição de ensino precisa mobilizar e investir em capacitações focadas nos gestores universitários acerca das estruturas e projetos da universidade que influenciam direta ou indiretamente na saúde da comunidade acadêmica, dando visibilidade e promovendo as práticas já existentes no ambiente acadêmico. A exemplo destas práticas, cita-se que a instituição de ensino pesquisa desenvolve um Programa de Iniciação Científica (PIC) que busca incentivar os estudantes de graduação a desenvolver pensamento e prática científica, artística e cultural sob a orientação de pesquisadores qualificados, o que contribui com a prática profissional para interagirem com as diversidades

culturais, sociais, econômicas, entre outras, que a sociedade nos apresenta.

Insta importante retomar que a globalização e o crescente fluxo de imigrantes a que o mundo está exposto confirmam a necessidade de os setores sociais, como de saúde e educação, desenvolverem uma competência cultural, ou seja, uma capacidade de prestar cuidado de saúde eficaz, tendo em conta o processo social para o qual a pessoa veio (SIPPERT; STURZA, 2021). Em efeito, a instituição de ensino tem a Coordenadoria Geral do Núcleo de Concursos, que assegura intercâmbios e cooperação com os sistemas públicos de ensino responsáveis pela educação básica, apoiando e estimulando ações que visam a melhorar as condições de acesso à universidade, em especial, estudantes econômica, social e/ou culturalmente marginalizados (UFPR, 2020).

Salienta-se que os aspectos culturais não envolvem apenas o acolhimento e a estrutura de saúde aos indivíduos vulnerabilizados, mas a reformulação curricular em consonância com as tendências globais, propiciando, ao estudante, um aporte teórico e interações culturais diversificadas, pois a educação intercultural é uma proposta político-pedagógica que busca a formação para a cidadania e a superação de preconceitos que expropriam de seus direitos os indivíduos e a sociedade (CARVALHO, 2017).

Além das práticas culturais, também foram discutidas práticas de **sustentabilidade**, que buscam uma cooperação da universidade com o desenvolvimento econômico da comunidade, sem comprometer a conservação ambiental. Assim, a IES deve centrar suas ações em temáticas colaborativas e complementares.

A temática, sustentabilidade, vem se tornando parte do cotidiano em muitas instituições de ensino que implementam práticas ambientalmente sustentáveis, contribuindo não apenas para a formação dos seus acadêmicos do ponto de vista teórico e prático, mas também para o desenvolvimento sustentável, na medida em que se tem na sustentabilidade uma diretriz para gerir os campi das instituições (ROHRICH; TAKAHASHI, 2019).

Portanto, este eixo compreende a capacidade que a universidade tem de implementar ações e dar "*tudo*" à geração atual, sem comprometer as gerações futuras, ações essas que envolvem preservação e educação para a responsabilidade ambiental, além de educar para a sustentabilidade e para o desenvolvimento sustentável. Nas entrevistas, quatro gestores mencionaram o Restaurante Universitário (RU) como uma ação promotora de saúde, ressaltando que, para além de uma alimentação saudável, a implementação do RU é uma ação de sustentabilidade, ao visar à abolição do desperdício alimentar, além de incentivar o uso do seu próprio recipiente para consumo de água e/ou suco dentro deste estabelecimento, estendendo para os outros ambientes da universidade.



*"[...] uma nutricionista do RU foi pra um ambulatório fazer uma oficina de comida, além de cuidar da qualidade do alimento e da alimentação, tem a questão da quantidade necessária de cada grupo alimentar[...]" (GU5)*

*"Então eles têm o RU com um valor subsidiado, que é um valor bem acessível." (GU2)*

As perguntas realizadas aos entrevistados que se encaixam no eixo "Práticas socioecológicas" contemplado no ACHA (2019) promoviam a abertura para que os gestores trouxessem aspectos e práticas sustentáveis desenvolvidas na instituição de ensino, todavia não foram abordadas práticas ou ações como o uso de energia solar em um dos campus da instituição pesquisada. Este fato pode estar relacionado com o fato de a sustentabilidade ser um conceito muito amplo, que foge do setor de saúde, assim os participantes não fizeram a correlação ou mesmo o desconhecimento da realidade.

Cabe destacar que, documentalmente, a pesquisa em torno deste tema sustentabilidade é recente, tendo início mundial na década de 1970, porém, no Brasil, começou na década de 1990. Nas IES, o interesse na sustentabilidade e na gestão organizacional aparece inicialmente como tema de pesquisa intrainstitucional e, posteriormente, perpassa para outras esferas como educação, esporte, economia, transporte, e saúde, entre outros (ROHRICH; TAKAHASHI, 2019). Desta forma, a degradação ambiental e a diminuição dos recursos naturais têm levantado alertas em razão dos prejuízos para o desenvolvimento econômico e para a qualidade de vida da população. Assim, as organizações e toda a sociedade têm procurado reverter esse quadro de desgaste da qualidade ambiental (ALMEIDA, 2020).

Nesta perspectiva, a instituição pesquisada, apesar de os gestores não terem mencionado, apresenta em seu Plano de Desenvolvimento institucional (PDI) objetivos como geração de conhecimento e enriquecimento intelectual, formação de recursos humanos e desenvolvimento tecnológico, além de aprimoramento de técnicas de produção e sustentabilidade social, econômica e ambiental (UFPR, 2020). Vale ressaltar que estes objetivos do PDI se baseiam no tripé social-econômico-ambiental, mas não deixam de incorporar outras dimensões, incluindo a cultural.

Uma das medidas mais significativas realizadas pela instituição, entre 2017 e 2021, foi a construção da usina fotovoltaica em um de seus campi, onde há 2.376 painéis fotovoltaicos, com capacidade para gerar, juntos, 1,3 mil MWh/ano, proporcionando uma economia esperada em R\$ 1,5 milhão ao ano. Outra iniciativa é o Programa Ciclovida, que

tem por proposta o uso de bicicletas como meio de locomoção dentro e fora dos campi, estimulando uma cultura de mobilidade urbana mais ativa, saudável e sustentável com ênfase no uso da bicicleta.

A nível mundial, podemos citar como exemplo a universidade de Thammasat, em Bangkok (Tailândia), idealizada e projetada como uma solução para o desenvolvimento sustentável da cidade. Com área superior a 70.000 m<sup>2</sup>, tem a maior cobertura verde da Ásia, gerando energia renovável, promovendo a agricultura orgânica (ALMEIDA, 2020).

Ainda no âmbito internacional, a instituição de ensino deste estudo é, desde 2020, integrante do Pacto Global da ONU, que promove o engajamento em política de desenvolvimento sustentável na comunidade acadêmica e geral. Desta forma, as IES se encontram frente a dois desafios, o primeiro referenciado como acadêmico, que aborda a formação de profissionais para obtenção de respostas às questões nas várias esferas da vida em sociedade, conscientes de seus próprios impactos socioambientais e das demandas coletivas. O segundo desafio é denominado operacional e se refere à atuação dos gestores na implantação de práticas de responsabilidade socioambiental, compreendendo as operações físicas e serviços oferecidos à comunidade acadêmica e geral (ROHRICH; TAKAHASHI, 2019).

Assim, visando aos aspectos mencionados, pode-se dizer que as IES desempenham um importante papel nas questões do desenvolvimento sustentável pela elaboração de projetos de ensino, pesquisa e extensão. Desta maneira, as pesquisas das universidades ajudam a criar soluções para problemas ambientais, que serão ensinadas e disseminadas pelas ações de extensão e de divulgação científica (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2022).

A busca pela sustentabilidade perpassa por várias áreas do conhecimento, conferindo-lhe transdisciplinaridade e, deste modo, para a realização dos projetos efetivos são necessários profissionais das mais diversificadas formações e estudantes de variados cursos, visando a incorporar nos projetos o conhecimento de cada área da ciência e diferentes atitudes, valores e ideias (VASSAR; RODRIGUES; ALMEIDA, 2021). Além disso, a participação social promove o desenvolvimento sustentável, que pode gerar pertencimento ao projeto, aumentar o comprometimento, sensibilizar e conscientizar para a necessidade de preservação ambiental (VASSAR; RODRIGUES; ALMEIDA, 2021).

Ainda, o desenvolvimento de pesquisa nas universidades tem o papel de identificar oportunidades de fronteira sustentável, tecnológica externa e de adaptação para realidades locais e de desenvolver inovações de produtos, métodos e processos internamente e, através

de parcerias com empresas, para a produção do capital humano necessário para efetivar o processo inovativo e, conseqüentemente, econômico (BORBA, 2021).

Neste sentido, a universidade é no campo teórico um agente de desenvolvimento **econômico**, mesmo não produzindo bens transformáveis ou transacionais, ela produz transformação social, científica e pode "criar ou fomentar a criação" de empresas que utilizem seus conhecimentos e criem riquezas. Este eixo aborda também a formação de líderes e dirigentes com a capacidade de encaminhar a sociedade nas direções para as quais tiverem sido preparados.

*"[...]quanto mais assuntos e quanto mais sair da zona de conforto[...] Quanto mais informações receber, quanto mais capacitado ele for para trabalhar em outras áreas, melhor o profissional ele vai ser." (GU2)*

*"[...]eu acho que a gente tem avançado nisso nesses últimos tempos, por essas iniciativas que eu falei[...] mas eu acho que a gente ainda deve tentar mais e fazer mais ações[...]]" (GU4)*

De forma unânime, os gestores compreendem o aperfeiçoamento profissional como algo positivo para a sociedade que irá acolher esse futuro profissional, independentemente da área de formação, desenvolvendo ações que promovam a sua saúde e beneficiam indiretamente a sociedade. Devido aos desafios e dificuldades (estruturais, econômicas) que as IES enfrentam, elas devem se preocupar com a capacitação não apenas dos gestores universitários, mas também do corpo docente, técnico-administrativo, dinamizando o funcionamento da instituição de ensino e da qualificação da equipe.

Neste contexto, a compreensão da percepção dos gestores acerca dos aspectos relacionados aos cortes de verbas realizados pelo Governo Federal permite o entendimento a partir da análise e da reflexão de como ocorre esse processo nas IES públicas do país, possibilitando um olhar ampliado também sobre a importância do apoio econômico para a instituição e, sobretudo, pelo surgimento de novas fragilidades que emergem destas ações políticas.

*"Mas a gente vê que a qualidade dessa assistência tem diminuído. Porque você não faz isso de qualquer jeito. Você precisa de dinheiro. E isso impacta diretamente na qualidade de vida e na qualidade de saúde dos estudantes." (GU1)*

Entre os aspectos identificados como dificultadores, a redução de recursos foi frequentemente citada pelos gestores universitários. Diante da fala supracitada, podemos perceber que os cortes e congelamentos de verba fazem com que as instâncias maiores no

âmbito da instituição tenham que remanejar verba. Fato que afeta, diretamente, as demais estruturas dessa pirâmide institucional, tornando-se como dificuldade crescente para a IES a manutenção do funcionamento estrutural para o ensino, a pesquisa e a extensão.

Neste sentido, analisar o Sistema Nacional de Inovação Brasileiro é essencial para compreender o papel das universidades públicas, não apenas como parte integrante, mas como motor de inovação nos contextos sociais e econômicos do Brasil (BORBA, 2021). Alguns estudos apontam que as pesquisas realizadas pelas universidades são mais significativas para o crescimento econômico quando comparadas às iniciativas internas de firmas brasileiras, pois têm um efeito a longo prazo e caráter mais estratégico, visto que as empresas brasileiras, de modo geral, têm baixos índices inovativos (BORBA, 2021; SUZIGAN; ALBUQUERQUE, 2008).

Conjeturando a divergência tecnológica existente entre o Brasil e os países centrais, que comandam a economia mundial, o processo inovativo perpassa não apenas no desenvolvimento de inovação, mas também nas instituições que lideram o processo de *catching up*<sup>15</sup>tecnológico. Deste modo, as universidades públicas desempenham alguns papéis como: (1) haste para a observação, interpretação e internalização de tecnologia externa; (2) desenvolvimento de inovação e de processos inovativos produtivos internos; (3) capacitação humana para operar com estas inovações; e (4) motor de desenvolvimento social e utilização da inovação para o aumento do bem-estar da sociedade em geral (ALBUQUERQUE, 2007).

Logo, apesar da considerável produção científica no Brasil e sua relevância em escala mundial, o modelo universitário ainda se concentra, predominantemente, na formação de mão de obra qualificada através dos cursos de graduação, havendo 122,3 mil estudantes de pós-graduação para 8,6 milhões de estudantes de graduação, considerando instituições públicas e privadas (ALBUQUERQUE, 1997). Vale ressaltar que universidades são instituições não uniformes e heterogêneas, imersas em um contexto social e histórico, que sofrem influências de agentes internos e externos.

Diante deste cenário, os gestores expressaram ainda a dificuldade em manter as atividades voltadas para PrS dos estudantes e servidores, que normalmente não são prioridades na instituição, pois priorizar a parte estrutural é essencial. Por exemplo, entre comprar instrumentos para prática de pilates, ou organizar um espaço de leitura ou ainda uma reforma nos espaços de convivência e pagar as contas de água, luz e manter o bom

---

<sup>15</sup>É um processo no qual um país em desenvolvimento reduz o seu *gap* tecnológico em alguns setores chave, usando os países líderes como modelo, inovando, com aumentos significativos de produtividade, taxas de crescimento e renda (REGO, 2014).

funcionamento do RU, há necessidade de priorizar o funcionamento estrutural da unidade.

*"[...]o maior problema foi o corte de verba[...]As bolsas foram diminuídas, a gente tinha mais bolsas de monitoria, bolsa permanência, e várias outras que foram cortadas e que o aluno utilizava dessas bolsas para conseguir se manter[...]]" (GU3)*

Os gestores têm consciência social que muitos estudantes precisam deste apoio econômico para permanecer na universidade, sendo necessária, no plano estratégico da IES, a responsabilidade social de assegurar aos estudantes a sua frequência na instituição, independentemente das suas condições socioeconômicas, mediante a prestação de serviços e a concessão de apoios institucionais, o que promove a equidade nas oportunidades de acesso, frequência e sucesso acadêmico para a generalidade dos estudantes (UFPR, 2020).

Assim, pensar as desigualdades em saúde no ambiente de ensino superior é fundamental, já que as desigualdades estão relacionadas à renda, educação, classe social e ao trabalho, pois elas determinam o modo como o indivíduo vive em sociedade, extrapolando suas capacidades de produzir saúde de modo individual (OLIVEIRA, 2017). Assim, compreender o perfil da comunidade acadêmica estimula o avanço de ideias e práticas para um novo paradigma sanitário, como o da promoção da saúde, atrelado à determinação social de saúde, representando uma superação da abordagem biomédica nos setores de saúde e educação.

Um exemplo disto é a Universidade do Porto, em Portugal, que dispõe de Serviços de Ação Social aos quais compete conceder apoios diretos aos estudantes socialmente desfavorecidos, deslocados ou com deficiência, ou seja, atribui bolsas de estudos e auxílios emergenciais a estes grupos supracitados, e indiretos aos estudantes de modo geral, através do acesso a serviços de alojamento, alimentação, saúde e bem-estar, além de atividades culturais e desportivas (UFPR, 2020).

Um dos entraves apontados por um dos gestores universitários na entrevista foi o questionamento do setor de economia no investimento na saúde dos estudantes universitários, o que se faz contraditório ao estabelecido no Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Este fato pode estar relacionado com a falta de financiamento suficiente para atender as demandas institucionais e centraliza possíveis soluções nos gestores universitários, não no fortalecimento da política a nível nacional.

*"Nós somos cobrados pelos órgãos de controle por oferecer ambulatório para o aluno, até entendendo, mas eles não entendem como é esse serviço, ele é vinculado à pró-reitoria de gestão de pessoas e o próprio Ministério da Economia questiona o*

*investimento na saúde do aluno" (GU6)*

Esta fala do gestor entrevistado não conclui a respeito da suficiência de verba frente a essa demanda de saúde, mas mostra a necessidade de um delineamento claro para o investimento financeiro em cada área proposta pelo Plano Nacional de Assistência Estudantil <sup>16</sup>(PNAES), em especial, na saúde estudantil, pois, se não há este delineamento financeiro, não há garantias na equidade entre as áreas propostas por este programa. Contudo, destaca-se que é comum nos planos e projetos do governo nacional do Brasil a priorização de áreas como alimentação, transporte e moradia, em detrimento da saúde, todavia, ressalta-se que o conceito de promoção da saúde transpassa todas essas áreas.

Neste cenário, nota-se que os serviços de saúde estudantil continuam desintegrados das redes de atenção à saúde, com ofertas concentradas em tratamento pontuais. Vale ressaltar que no âmbito da promoção da saúde, em específico no ensino superior, busca-se promover atendimentos de forma integral, perpassando a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação, a vigilância sanitária e epidemiológica em um sistema público e universal, no entanto, para isso, seria necessário fortalecer a compreensão sobre o processo de saúde por parte de todos os atores envolvidos no processo (profissionais de saúde, gestores universitário e pró-reitores, que estão à frente das demandas de saúde universitária, além dos reitores acadêmicos), entendendo a saúde a partir de seus determinantes políticos, sociais e econômicos.

Do mesmo modo, os cortes orçamentários afetaram também o contingente profissional da instituição, tendo um dos entrevistados apresentado dificuldade em realizar a práticas de PrS com um número reduzido de funcionários, mostrando dificuldades em, por exemplo, na realização de oficinas de saúde com Práticas Integrativas e Complementares (PIC), pois mesmo que haja o profissional que saiba fazer ou que se disponha a realizar a atividade, ele está sobrecarregado com suas atividades, além de não haver recursos financeiros para os insumos necessários.

*"A universidade hoje está passando por um processo de deficiência de recursos humanos" (GU2).*

Novamente percebe-se que o ensino superior brasileiro vem enfrentando dificuldades

---

<sup>16</sup>“viabilizar a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes e contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico, a partir de medidas que buscam combater situações de repetência e evasão. Deste modo, o Pnaes apoia a permanência de estudantes de baixa renda matriculados em cursos de graduação presencial das instituições federais de ensino superior” (BRASIL, 2010b).

que refletem nos dados do Ministério da Educação (MEC), onde se registra um déficit de mais de 10 mil docentes e técnicos nas universidades públicas federais. O levantamento foi repassado ao Ministério da Economia, em maio do presente ano, de 2022. Segundo algumas instituições, nos últimos anos, houve uma diminuição constante de trabalhadores, principalmente com decretos federais, nos quais alguns cargos tiveram provimento proibido, caso do auxiliar em administração. Para as universidades, fica uma vacatura de um código de vagas do referido cargo, dificultando o crescimento da universidade, pois os novos cursos requerem apoio administrativo que não está sendo atendido de maneira suficiente (GOUVEIA, 2020).

Em outras pesquisas, gestores mencionam essa lacuna no quadro de funcionários, explicam que o MEC não tem saldo para os cargos requeridos constantemente por estas universidades, como é o caso de assistentes em administração, terapia ocupacional e técnico desportivo. Estes, mesmo não estando extintos, ou com provimento vedado, não são passíveis de distribuição às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) (TOSTA *et al.*, 2012). Estes dados confirmam a fala do gestor acadêmico, que traz essa dificuldade em realizar práticas de saúde em razão da falta de profissionais e do consequente aumento da demanda de trabalho.

Deste modo, constata-se que as melhores compreensão e integração dos docentes das atividades, dos projetos de saúde desenvolvidos e dos fluxos de apoio, se fazem importantes para que as unidades acadêmicas sejam também pontos de apoio ao acadêmico. Reitera-se que é um desafio histórico compreender e trazer a promoção da saúde para o contexto e cenário universitário. Ainda assim, nota-se que os gestores têm uma visão macro de saúde, trazendo outros setores como social, cultural e econômico, porém há uma dificuldade em operacionalizar e estender as oportunidades de saúde para alcançar uma educação qualificada e inovações e articulações políticas com os demais setores.

### 7.3 DESAFIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO RESULTADO DA PANDEMIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA AS UNIVERSIDADES

Os discursos a seguir abordam as diretrizes e ações de promoção da saúde mobilizadas ou adaptadas durante a pandemia de COVID-19 no âmbito da instituição de ensino em pesquisa, sendo assim, foram criadas as subcategorias **Política institucional**, **Práticas em saúde nos tempos de pandemia e Impacto da suspensão das aulas**.

Na subcategoria **Política Institucional**, um dos seus itens refere-se ao reconhecimento das Políticas de Programa da Saúde no ensino superior. Para tal, é importante conhecer o significado que os gestores universitários atribuem, não apenas, ao que é promoção da saúde, mas às literaturas existentes para o desenvolvimento e avaliação, trazendo o entendimento acerca do "o que fazer" diante de determinadas demandas de saúde, assim como avaliar e correlacionar os ganhos com o processo de formação e trabalho.

Os entrevistados mostraram não ter familiaridade com os documentos que auxiliam na implementação de uma política de promoção da saúde nas IES, pois, entre as literaturas, apenas a PNPS foi citada, valendo lembrar que esta política não é comumente usada para estabelecer ações de saúde pelas instituições pertencentes a REBRAUPS, assim como a universidade pesquisada não faz parte da rede. Assim, podem-se captar, a partir de seus discursos, as seguintes afirmativas:

*"Não há políticas, pois a nossa universidade não é uma universidade promotora da saúde." (GU1)*

No entanto, apesar de a PNPS não ser utilizada como literatura base para a construção de políticas institucionais de promoção da saúde na comunidade acadêmica, veem-se similaridades entre os princípios da PNPS e os eixos de literaturas, como o ACHA. Citam-se como exemplos: o princípio da equidade e o eixo da prática inclusiva; empoderamento e o desenvolvimento profissional contínuo; participação social e colaboração; e a sustentabilidade e práticas de abordagem socioecológica. As definições de promoção da saúde resultantes das entrevistas sugerem que os gestores compreendem a amplitude desse modo de "ver" a saúde, abordando, mesmo sem citar explicitamente, os princípios e diretrizes da PNPS, instituída pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Nesta perspectiva de política institucional, pode-se citar o PDI da instituição, que aborda o compromisso da universidade com a qualidade do ensino, a democratização da educação, socialização de seus benefícios e a democracia, além do envolvimento e desenvolvimento cultural, artístico, científico, tecnológico e socioeconômico da comunidade acadêmica e, conseqüentemente, do país.

É importante lembrar que há uma hierarquia dentro das IES para o desenvolvimento de ações, e mesmo que os coordenadores mostrem conhecimento acerca das práticas que precisam ser implementadas no nível micro da instituição de ensino pesquisada, muitas vezes eles não são ouvidos, mesmo tendo autonomia no cargo para tal, além de pontuarem aspectos essenciais com uma linguagem simples e de boa compreensão, o que é necessário nas



práticas de PrS para sensibilizar a comunidade acadêmica e geral.

*" [...].Jeu acredito que não faz parte do contexto do colegiado, nem do contexto da coordenação do curso esta discussão." (GU2)*

*"[...]Ja gente lida mais com os problemas didático-pedagógicos. Então a gente entende que os alunos precisam ter essa atenção, mas isso não faz parte do contexto da coordenação do curso." (GU2).*

Apesar do envolvimento profissional e pessoal que os gestores universitários têm com os estudantes, de forma especial, os gestores que atuam como docentes em concomitância com o cargo de gestão apontam que, devido à alta demanda didático-pedagógica, acabam não falando sobre políticas de PrS aos estudantes e servidores nas reuniões do colegiado.

No contexto da pandemia, as reitorias e departamentos acadêmicos, juntamente com os serviços de saúde, tiveram que se adequar para reduzir danos pedagógicos e riscos à saúde pública, garantindo a manutenção de uma educação em nível superior de qualidade e segura. Projetos pedagógicos dos cursos precisaram passar por alterações institucionais para lidar com a situação de emergência, como no caso da COVID-19 (GUSSO *et al.*, 2020). No entanto, para que a PrS possa compor o plano estratégico e pedagógico da instituição, é preciso primeiramente uma sensibilização dos gestores que auxiliam nesse processo de mudança institucional.

Neste cenário de pandemia de COVID-19, os gestores universitários precisaram aderir às práticas estabelecidas pela Portaria n° 343/2020 do MEC (BRASIL, 2020b), a qual autoriza, de forma excepcional, a substituição das disciplinas presenciais, em andamento, por aulas que utilizam os meios e tecnologias de informação e comunicação em caráter não presencial, de modo a dar continuidade ao ano letivo. Portanto, diante dos diversos desafios enfrentados pelas IES, durante o período da pandemia, a nova organização de trabalho (síncrono e assíncrono) foi um dos mais preocupantes. Gerando impacto direto na saúde mental, a necessidade radical de adaptação a um novo modelo de trabalho mobilizou muitos gestores e docentes a manejar essa nova rotina e o uso incessante das tecnologias no ambiente doméstico (SILVA *et al.*, 2021).

Um exemplo de prática que buscou minimizar os danos a saúde mental da comunidade acadêmica (estudante e servidores) foi o "Projeto Você Importa", iniciativa do Programa Institucional ConVIDA, que, através de canais não presenciais e remotos, de maneira acessível, interativa e dinâmica, oferece ações preventivas e de suporte emocional,

com ações como roda de conversa, *lives*, capacitações, vídeos curtos e , oficinas, além de atendimento com psicólogo, quando necessário.

Quando avançamos nesta discussão sobre a saúde dos gestores, precisamos ter um olhar ampliado para as exigências que esta ocupação exprime diariamente, principalmente, em momento de crises sanitárias. Ressalta-se ainda que a instituição de ensino pesquisada tem uma Seção de Promoção da Saúde ao Servidor que, neste momento de pandemia, instituiu ações, como de ergonomia, para serem realizadas de forma remota, reduzindo a exposição dos colaboradores a riscos ergonômicos e, conseqüentemente, físicos.

*"[...] criamos um grupo onde a gente faz treinos de alongamentos profissionais porque eles estavam mais isolados ainda, né? E a gente disponibiliza vídeos de ginástica laboral." (GU1)*

Nesta outra fala, vê-se uma contraposição acerca do papel do gestor universitário e dos serviços de saúde que ainda oferecem um atendimento pontual e biologicista. Este fato pode estar relacionado com a ausência de uma política gestora específica para as ações direcionadas à comunidade acadêmica. Programas governamentais como o PNAS permitem que cada instituição proponha atividades adequadas às suas necessidades locais, porém não garantem que haja atendimento nas mais diversificadas áreas, ou como essas atividades devem ser organizadas e promovidas no cotidiano acadêmico. Deste modo, há instituições que direcionam suas ações e saúde à promoção e prevenção, enquanto outras oferecem atendimento em saúde voltados a modelos de consultórios.

*"A maioria dos professores ainda precisam se conscientizar que nós temos que fazer prevenção e não só dar as aulas e ser conteudista." (GU3)*

Outro aspecto apresentado, pela maioria, foi o fato de a instituição de ensino pesquisada não ser pertencente à REBRAUPS por ausência de interesse político da própria universidade. Pois para eles, todas as ações anteriormente apontadas enquadram-se e qualificam a instituição como promotora da saúde.

*"[...]iniciativa política da própria reitoria em querer qualificar a universidade como universidade promotora da saúde." (GU1)*

*"[...]vontade política. Então eu acho que a universidade ainda não foi sensibilizada." (GU6)*

*"Essa questão é política,não vejo a UFPR como uma universidade assim... que não teria interesse, mas eu vejo mais essa questão de ter alguém que assuma esse papel e que consiga realmente levar para o todo." (GU3)*

*"[...]talvez seria a própria PRAE que teria que correr atrás disso." (GU4)*

Em consonância com o interesse político, a falta de divulgação sobre a RiUPS e sobre a REBRAUPS também foi apontada, já que a maioria dos gestores não conhecia as redes, sendo um fator influenciador na inserção da instituição de ensino como UPS.

*"[...] nunca tinha ouvido falar desta rede, talvez seja por falta de divulgação."(GU6)*

Estes desafios apontados pela gestão universitária podem estar atrelados ao fato de a REBRAUPS ter sido instituída em 2016, ou seja, há apenas seis anos. Essa prematuridade das práticas de promoção da saúde no ensino superior influencia a inserção de outras instituições na redes. Neste sentido, é relevante conhecer os indicadores relacionados à eficácia, eficiência e efetividade das ações, não apenas para a divulgação dos resultados através de estudos científicos, mas também para mobilizar e sensibilizar outras instituições a se transformarem em UPS e para uma autoavaliação e reconstrução de ações no interior da UPS.

Na subcategoria **Práticas de saúde em tempos de pandemia**, quando questionados acerca das ações implementadas ou modificadas para minimizar os impactos da pandemia da COVID-19 na comunidade acadêmica, os gestores apontaram medidas sanitárias como distanciamento social, suspensão das aulas presenciais e novos protocolos de atendimento para os estudantes do setor de saúde.

*"[...] oferecem computadores, ajuda pra internet e tem o transporte [...]" (GU2)*

*"Então nossos alunos tiveram que fazer uma readequação em todos os protocolos de controle de infecção do curso." (GU3)*

Quando se volta para o cenário da pandemia de COVID-19, logo se fala do auxílio que a instituição de ensino ofereceu aos estudantes que não tinham acesso a *notebooks* e/ou *smartphones*, além de uma *internet* que permitisse que eles acompanhassem as aulas de forma remota. Foi mencionado ainda o auxílio no transporte, pois mesmo com a suspensão das aulas, alunos do último período do setor de saúde (enfermagem, medicina, odontologia, farmácia, terapia ocupacional e nutrição) mantiveram suas atividades como linha de frente, nas testagens, vacinação e outros campos de estágio.

A nível mundial, o sistema educacional foi afetado pela pandemia. Instituições do mundo todo tomaram encaminhamentos, como, por exemplo: na Alemanha, as IES não fecharam devido a alterações no calendário acadêmico; e na Itália, surgiram iniciativas como

o projeto "solidariedade digital", no qual empresas ofereceram, de forma gratuita, serviços na modalidade de cursos e aulas virtuais, durante o período da quarentena (MINISTRO PER L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA E LA DIGITALIZZAZIONE, 2020; MOTIEJŪNAITĖ-SCHULMEISTER; CROSIER, 2020).

Em outros países, as escolas permaneceram abertas somente para filhos de trabalhadores dos setores considerados essenciais e para as crianças em situação de vulnerabilidade, como no Reino Unido e na Austrália. Já na China, houve ampliação de acesso público à internet e oferta de disciplinas ou cursos *on-line* por meio de plataformas geridas pelas IES (GOVERNMENT OF UNITED KINGDOM, 2020).

Na universidade em pesquisa, como supracitado, tem-se a Seção de Promoção da Saúde do Servidor, em que foi mencionada a criação de uma comissão específica para implementação de ações no período da pandemia de COVID-19. O entrevistado menciona que essas práticas geram integração entre os servidores e tem como participantes docentes e técnicos administrativos, abordando uma dificuldade em expandir essas atividades aos servidores terceirizados.

*"[...] a universidade criou uma comissão própria para trabalhar todas as ações relacionadas à prevenção da COVID." (GU6)*

*"Não sei dizer se é possível promover a saúde dos trabalhadores (terceirizados) aqui dentro da universidade." (GU1)*

A maioria dos estudos aponta a importância de instituir práticas de saúde voltadas aos estudantes, fato explicado pelo número expressivo que esse grupo representa nas instituições de ensino. Todavia, quando se trata da saúde do gestor universitário, há limitados estudos e ações, deixando uma lacuna para as instituições reproduzirem, ou melhor, se espelharem nestas práticas. Assim, para construir uma UPS, são necessárias trocas das diferentes esferas políticas e sociais, como falado no decorrer desta dissertação, mas também da conscientização dos membros que a tornam uma instituição que desenvolve ensino, pesquisa e extensão.

A menção aos servidores terceirizados é uma preocupação desta instituição quando se trata de ações de saúde, pois há um alto fluxo de troca desses funcionários, não conseguindo assim conduzir ações efetivas e substanciais de saúde. Vale lembrar que um dos objetivos das práticas de promoção da saúde é o projeto contínuo institucional, que influencia na qualidade de vida da comunidade acadêmica (estudantes e demais colaboradores) (REGO *et al.*, 2021).

Um dos entrevistados apontou ainda que há um planejamento da seção antes, e após a ação eles fazem uma avaliação com os participantes para saber qual a importância daquela atividade para os servidores e se eles acham válida sua continuação. Contudo, não expressam de forma clara qual o método que utilizam para coletar e avaliar esses dados. Esta se apresenta como uma das limitações para a implementação de práticas de saúde, pois a ausência de descrição sobre a avaliação, eficácia, eficiência e efetividade das ações dificulta sua replicação em outras IES.

*"A gente lança a atividade e depois faz uma avaliação de reação do projeto. Igual a ginástica laboral a gente já tem dados porque ela está desde o início do projeto, é uma atividade que oferece orientação no quadro de dor crônica, melhora a integração entre os colegas [...]" (GU6)*

Também foi mencionado o atendimento psicológico. Segundo os gestores universitários, este serviço segue um fluxo nas Unidades Centros de Atenção à Saúde, em especial, as CASAS 3 e 4. Ressalta-se que o entrevistado cita que em caso de extrema vulnerabilidade e necessidade desse serviço, de forma emergente, a universidade disponibiliza este atendimento de forma emergencial. Citam-se casos emergentes como pensamentos e ideias suicidas.

*"Nós oferecemos um acompanhamento psicológico aos estudantes..." (GU5)*

*"Um planejamento é feito para os estudantes com uma perspectiva de cinco atendimentos e se houver necessidade, um caso de emergência, essa perspectiva é alterada." (GU5)*

Essas práticas foram pensadas para reduzir o sofrimento emocional dos estudantes que, muitas vezes, são pressionados por estarem em uma universidade pública. Em adição ao momento de pandemia de COVID-19 vivenciado, há necessidade de alguns se isolarem e de outros se apresentarem como linha de frente a uma doença nunca vivenciada, que trouxe cargas de insegurança, medo, sensação de perda e mudanças humor (GUNDIM *et al.*, 2021). Avaliados esses fatores, remete-se à relevância de intervenções psicológicas de proteção e promoção da saúde mental durante e após esse cenário de crise sanitária. Para dar mais visibilidade a essas ações, faz-se importante a adaptação nas formas de atendimento para que seja garantido um atendimento baseado nas necessidades estudantis

A terceira subcategoria **Impacto da suspensão das aulas** trata das consequências positivas e negativas da implementação do ensino síncrono e assíncrono. Observa-se ainda que os gestores entrevistados relacionam o desemprego, contingenciamento e os cortes

orçamentários, como fatores agravantes para esta prática de ensino durante a pandemia do SARS-CoV-2. Assim, de forma unânime, os gestores universitários relatam essa vulnerabilidade econômica dos estudantes.

*"Nesse período de pandemia, com a queda da renda das famílias, muitos estudantes tiveram que trabalhar [...] E isso tem impactado a saúde mental deles e a saúde física também. " (GU1)*

*"[...] uma população assim que a gente[...] pode ser considerada vulnerável à vulnerabilidade socioeconômica[...]" (GU2)*

*"[...] as bolsas foram diminuídas[...] Jaluno utilizava dessas bolsas para conseguir se manter na universidade porque pelo menos como um auxílio pra própria alimentação e transporte[...]." (GU4)*

*"[...] Jalunos estão postergando a sua formação por necessidade de trabalhar[...] Eu só não vi assim um contexto positivo com a pandemia. Infelizmente o que a gente tem visto é muita questão negativa girando em torno da questão financeira principalmente." (GU6)*

Este contexto pandêmico de 2020 exigiu das IES decisões sobre como lidar com o processo de ensino-aprendizagem de modo que a comunidade acadêmica (docentes, estudantes e demais colaboradores) fosse protegida da contaminação e propagação crescente do vírus (HODGES *et al.*, 2020). Desta forma, a maioria das IES optou pelo Ensino Remoto Emergencial (ERE) como uma forma alternativa para prosseguir com o ano letivo, para alguns já iniciado.

Para instituir o ERE, as instituições de ensino tiveram que se basear em algumas premissas. A primeira é que toda comunidade envolvida no processo de ensino tenha acesso facilitado aos recursos tecnológicos (*internet*, computadores e *smartphones*). Outra premissa é que estudantes e professores estejam em plenas condições de saúde física, mental e de manejo de recursos eletrônicos, para ministrar e participar de atividades remotas. A última premissa é que ensinar é transmitir informações e que os estudantes consigam aprender. Assim, as aulas foram transmitidas de forma síncrona e assíncrona e envolveram, basicamente, a escolha do aplicativo pelo qual a aula seria ministrada (*Skype, Zoom, YouTube, Hangout, Meet* etc.) (GUSSO *et al.*, 2020).

Maneiras alternativas de ensino, para adaptar e implementar sistemas digitais, expõem problemáticas, até então, camufladas. Entre essas problemáticas, podemos citar: a falta de suporte psicológico para os professores; a baixa qualidade no ensino, resultante da falta de planejamento de atividades em “meios digitais”; a sobrecarga de trabalho atribuída aos professores; o descontentamento dos estudantes; e o acesso limitado (ou inexistente) dos estudantes às tecnologias necessárias (GUSSO *et al.*, 2020).

Todos falam ser preocupante a saúde mental dos estudantes e que ela tem demonstrado mudanças devido ao período de isolamento social.

*"A gente tem alunos ali desde 17 anos, 22..., 23... já tomando ansiolíticos. Fazendo uso de medicação, antidepressivo." (GU2)*

*"[...] alunos que trancaram o curso." (GU3)*

*"Em relação à ansiedade, sim, e vários professores têm comentado que é mais difícil. E inclusive vários estudantes me procuraram durante esse tempo relatando problemas, aí a gente encaminha para a PRAE." (GU4)*

Na maioria dos casos, não houve preparação ou auxílio para os docentes lidarem com os recursos tecnológicos ou prepararem aulas na modalidade *on-line*. Não houve preparo dos estudantes para estudar nesse ambiente, nem mesmo se dimensionou se os estudantes teriam acesso a aulas neste formato. As preocupações neste aspecto foram baixas, como no registro de frequência, carga horária das disciplinas e processos avaliativos. Sendo um fator de sobrecarga e ansiedade para a comunidade acadêmica, acarretando baixa eficiência no ensino e baixa motivação dos estudantes (OLIVEIRA, 2020).

Outro desafio que se soma é a busca das universidades por legitimidade e reconhecimento na sociedade, uma vez que a universidade, por pressão social, precisou rever suas funções e papéis e sua própria identidade institucional, uma vez que a legitimidade cultural e social da IES está sendo colocada à prova (NEVES; SAMPAIO; HERINGER, 2018). Como podemos perceber, as IES públicas brasileiras encontram-se na premente necessidade de aperfeiçoamento e inovação de suas estruturas, processos e práticas, buscando se adequar às normas legais, restrições orçamentárias, atendimento de demandas sociais e crescimento como instituição, com melhorias em seus indicadores (OLIVEIRA, 2020).

No Brasil, as instituições de ensino públicas ainda são as principais produtoras de pesquisa, desenvolvimento científico e capacitação tecnológica no país, representando 95% da pesquisa científica realizada, sendo reconhecidas, mundialmente, 21 universidades públicas brasileiras entre as melhores da América Latina. Vale ressaltar que, em 2020, o Brasil tinha três universidades entre as 20 melhores (BRASIL, 2020d; CHIARINI; VIEIRA, 2012).

No Brasil, apesar da privação de recursos destinados à ciência e diante da ausência de uma agenda política bem definida para o incentivo à pesquisa e à inovação, a universidade brasileira vem apresentando relevantes avanços no campo científico e tecnológico nas últimas décadas (ASSUMPCÃO, 2021). Um exemplo foi o enfrentamento à maior crise sanitária e

econômica do século, tendo sido o Brasil um dos países que mais contribuíram na produção de conhecimento científico para o enfrentamento das consequências da COVID-19.

Todavia, este avanço vem sofrendo riscos diante de uma ameaça do próprio governo do país. Dados apontam que o atual orçamento é o menor nos últimos 25 anos, ou seja, as nossas universidades públicas e, conseqüentemente, a nossa pesquisa “respira com ajuda de aparelhos” (ANDIFES, 2019). Ressalta-se que não podemos romantizar propagandas e manifestações que apontem "resistência" e "resiliência" das IES, é preciso conscientização social e política para um real investimento em estrutura, planejamento e estabilidade das mesmas.

Considera-se que o aumento de laboratórios, grupos de pesquisa e infraestrutura tecnológica dos anos 2000 requerem manutenção e, conseqüentemente, investimentos para se sustentarem e se atualizarem. Isto cria uma característica de desmonte da infraestrutura científica do país, dado que esta infraestrutura, em sua grande maioria, depende do financiamento público federal para o bom funcionamento (BORBA, 2021).

Paralelamente a estes dados, a redução orçamentária do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), no período de 2014 a 2018, foi de mais de 50%. De 2012 a 2018, a redução foi de 84%, saindo de R\$11,5 bilhões para R\$1,8 bilhão, com valores atualizados pela inflação (UNESCO, 2021). Deste modo, o atual Governo tem estabelecido uma política de “terapia de choque”, que inclui o não aumento do valor de repasse conforme a inflação, o que na prática corresponde a uma queda do valor real do orçamento das IES. Esta política econômica prevê também o “fim da correção automática anual do salário mínimo e benefícios previdenciários pela inflação e eliminação das obrigações orçamentárias (saúde e educação)” (OREIRO; PAULA, 2018, p. 23).

Em meio às dificuldades discutidas no texto, um dos gestores universitários expressa que essa flexibilização para lecionar as disciplinas que não exigiam atividades práticas foi um ponto positivo para os estudantes, não causando tanto prejuízo em suas formações.

*"Devido a essas flexibilizações, os estudantes foram escolhendo disciplinas que não tinham tanta aula prática, para não terem tanto prejuízo na formação deles [...]. Isso vejo com bons olhos." (GU3)*

Em meio a isso, o deslocamento entre a casa e a instituição de ensino e o manejo de tempo também são vistos como um fator positivo do ensino remoto. Estudantes que moram mais afastados da instituição e demoram de três a quatro horas por dia com o transporte, se viram livres dessa problemática. Outro ponto positivo a ser citado é o aumento no número de estudantes por aula e a mudança na sua rotina, que podem incentivar sua participação ativa



(VEIGA; TOLEDO; PORTILHO, 2020). Todavia, o alto número de participantes em uma aula síncrona pode ser visto como algo negativo para o docente, já que ele não consegue avaliar se o conteúdo transmitido atingiu o objetivo proposto para a aula.

Assim, debater sobre os impactos dessa pandemia é fundamental, uma vez que a escolha foi manter o ano letivo de 2020 de maneira remota. Se faz necessária uma análise sobre os impactos desse ano atípico no processo de ensino-aprendizagem e, não obstante, de saúde.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar a percepção dos gestores universitários acerca da promoção da saúde no ensino superior.

Como limitações desta pesquisa, pode-se apontar o baixo número de participantes recrutados, que se deve à não adesão dos próprios gestores universitários e, possivelmente, ao retorno efetivo das atividades presenciais, causando uma alta demanda de atividades aos gestores. Foram encaminhados e-mails e disponibilizados horários flexíveis para as entrevistas, mas que não foram suficientes. E ainda os estudos e a inserção de práticas de PrS nas IES são muito recentes, o que reforça a dificuldade de encontrar literaturas e de implementar ações efetivas e específicas para o grupo acadêmico.

Pode-se reconhecer que a implementação de práticas de PrS no âmbito do ensino superior ainda é um desafio para pesquisadores e entusiastas da área. Todavia, apesar de a instituição de ensino pesquisada não pertencer à rede de UPS, veem-se o desenvolvimento e a busca por melhores condições e cuidados em saúde dos estudantes e servidores que frequentam a IES.

Chamam a atenção dois importantes fatores: o perfil e a capacitação dos gestores universitários para as práticas de PrS. Pode-se notar que ainda são insuficientes as ações realizadas pela instituição de ensino para capacitá-los a assumir esse cargo, principalmente, os cargos voltados à saúde acadêmica.

Apesar das limitações, cabe ressaltar algumas possíveis implicações para a construção de diretrizes de PrS específicas para a instituição e o seu ingresso nas REBRAUPS. Essa implicação se reflete na prática de quem orienta os estudantes no ensino superior, pois sugere a necessidade do uso de ferramentas mais objetivas que ofereçam repertório de possibilidades e estimulem a reflexão da comunidade acadêmica e geral acerca de sua própria saúde. A ausência de instrumentos desse tipo pode levar a uma subestimação das dificuldades vivenciadas pela comunidade acadêmica, em especial, dos estudantes, e com isso restringir o alcance de ações promotoras da saúde voltadas a essa população.

O desenvolvimento desta pesquisa contribuiu para a minha qualificação como enfermeira e para minha formação como pesquisadora. Embora eu tenha me aproximado das UPS há dois anos, conhecer essa rede, suas complexas dimensões e alguns dos membros envolvidos mobilizou a minha crença nas práticas efetivas da área da saúde, nas mudanças de hábitos e pensamentos da comunidade acadêmica em geral sobre a promoção da saúde, além

de ter tido a oportunidade de me aproximar dos reais impactos que essas ações têm sobre o ambiente acadêmico e como elas já estão disseminadas pelos países ibero-americanos.

Espera-se, frente aos resultados apresentados por esta pesquisa, estimular estudos futuros para explorar e encontrar outras características do complexo perfil dos gestores universitários atualmente, além de suas possíveis potencialidades e fragilidades. Uma direção para estudos futuros é investigar no perfil (faixa etária, raça, sexo, gênero, fatores econômicos, entre outros) da comunidade acadêmica (estudantes e servidores), o mapeamento das atividades, projetos e serviços que contemplem a PrS no âmbito institucional. Assim como o desenvolvimento de pesquisas sobre as ações de PrS e a inclusão e participação ativa de todos os setores universitários, contribuindo, assim, para que haja práticas efetivas para essa população. E, por fim, que a instituição pesquisada se torne parte da REBRAUPS e, para além disso, enraíze a importância dessas ações.

Os achados deste estudo precisam também ser considerados dentro de seu contexto e limitações. Esta pesquisa foi desenvolvida com gestores universitários de exclusivamente uma instituição de ensino superior, que está na capital de um único estado do país. Desse modo, qualquer generalização dos resultados deve ser feita com cautela, por fatores específicos da amostra, como as características da instituição e mesmo da cidade (região) em que ela se encontra, podendo ter relação com a percepção dos gestores sobre promover a saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. **A intersectorialidade como estratégia técnica e política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**. 2017. 293f. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6865/1/tese\\_11515\\_Cassiane%20C.%20Abreu.pdf](https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6865/1/tese_11515_Cassiane%20C.%20Abreu.pdf). Acesso em: 23 abr. 2021.
- AGASISTI, T.; SONCIN, M. Higher education in troubled times: on the impact of Covid-19 in Italy. **Studies in Higher Education**, Dorchester on Thames, England, v. 46, n. 1, p. 86-95, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03075079.2020.1859689>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- AIUB, M.; NEVES, L. P. Saúde: uma abordagem filosófica. **Cadernos do Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v.11, n.1, p. 94-102, 2005. Disponível em: <http://www.institutointersecao.com/saude.doc>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- ALBUQUERQUE, B. P. **As relações entre o homem e a natureza e a crise socio-ambiental**. 2007. 96f. Monografia (Curso de Ensino Médio Integrado ao Ensino Técnico de Laboratório de Biodiagnóstico em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/monografia/13.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- ALBUQUERQUE, E. M. Notas sobre os determinantes tecnológicos do catchingup: uma introdução à discussão sobre o papel dos Sistemas Nacionais de Inovação na periferia. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 221-253, maio/ago. 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ee/article/view/161248/155234>. Acesso em: 23 abr. 2021.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, out./dez. 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140082. Acesso em: 23 abr. 2021.
- ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 879-889, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400019>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- ALMEIDA, F. S. (org.). **Impactos Ambientais de grandes empreendimentos no Brasil**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2020.
- ALONSO, C. **Proposta para a gestão de projetos no âmbito do campus sustentável na Universidade de Coimbra**. 2015. 56f. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial) – Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2015. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/39005/1/Proposta%20para%20a%20gestao%20de%20projetos%20no%20ambito%20do%20Campus%20Sustentavel%20na%20Universidade%20de%20Coimbra.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- AMERICAN COLLEGE HEALTH ASSOCIATION. **Standards of practice for health promotion in higher education**. 4<sup>nd</sup>ed. Silver Spring, EUA: ACHA, Oct. 2019. Disponível em:

[https://www.acha.org/documents/resources/guidelines/ACHA\\_Standards\\_of\\_Practice\\_for\\_Health\\_Promotion\\_in\\_Higher\\_Education\\_October2019.pdf](https://www.acha.org/documents/resources/guidelines/ACHA_Standards_of_Practice_for_Health_Promotion_in_Higher_Education_October2019.pdf). Acesso em: 30 jan. 2021.

ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Cap.05, p.07-23.

ARAÚJO, L. J. C.; JOAZEIRO, E. M. G. Formação profissional, saúde mental e políticas sociais públicas. **Argumentum**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 165–184, Aug. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/28383>. Acesso em: 25 jan. 2022.

ARREDONDO, A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 254-261, jul./set. 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrQqWspcjLfhB8Qh/?format=pdf&lang=es>. Acesso em: 23 abr. 2021.

ARROYO, H. V. “El Movimiento de Universidades Promotoras de La Salud.” Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, v. 31, n. 4, Dec. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.8769. Acesso em: 19 nov. 2021.

ARROYO, H. V.; RICE, M. **Una nueva mirada al movimiento de Universidades promotoras de la Salud em las Américas**. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 4., 2009, Pamplona. **El Compromiso Social de las Universidades**. Pamplona, España: Universidad de Puerto Rico, oct. 2000. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2009-ArroyoRice-MiradaMovimientoUPSenAmericas.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DIRIGENTES DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR (ANDIFES). **V Pesquisa do Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior Brasileiras**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2019. Disponível em: <https://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-do-Perfil-Socioecon%C3%B4mico-dos-Estudantes-de-Gradua%C3%A7%C3%A3o-das-Universidades-Federais-1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2022.

ASSOCIATION OF INTERNATIONAL EDUCATORS (NAFSA). **Nafsa International Education Professional Competitions**. Washington, DC: Nafsa, 2015. Disponível em: <https://www.nafsa.org/professional-resources/career-center/international-education-professional-competencies>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ASSUMPÇÃO, R. **O papel político da ciência e das universidades públicas brasileiras**. Osasco, SP: UNIFESP, 08 jul. 2021. Disponível em: <https://www.unifesp.br/campus/osa2/noticias-eppen/1651-o-papel-politico-da-ciencia-e-das-universidades-publicas-brasileiras>. Acesso em: 23 nov. 2022.

BACKES, M. T. S.; ROSA, L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKER, S. G.; MEIRELLES, B. H. S.; SANTOS, S. M. A. Conceito de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.111-117, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v17n1/v17n1a21.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Atingindo uma Educação de Nível Mundial no Brasil**: próximos passos - sumário executivo. 2010. Disponível em: <http://cenpec.org.br/biblioteca/educacao/estudos-e-pesquisas/achieving-world-class-education-in-brazil-the-next-agenda>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 120p.(Coleção Temas em Saúde). DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413913>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTELLA, C. **Abordagens Contemporâneas do conceito de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.51-83. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39204/2/O%20territ%C3%B3rio%20e%20o%20processo%20sa%C3%BAde-doen%C3%A7a%20-%20Abordagens%20Contempor%C3%A2neas%20do%20Conceito%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5406/daniel\\_becker\\_ensp\\_mest\\_2001.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5406/daniel_becker_ensp_mest_2001.pdf?sequence=2&isAllowed=y). Acesso em: 26 maio 2021.

BECKER, R. M.; HEIDMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.29, p.1-18, e20180250, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BORBA, L. M. **O papel das universidades públicas no sistema nacional de inovação brasileiro**. 2021. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Relações Internacionais) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/231471/001133092.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 nov. 2022.

BORGHI, C. M.; OLIVEIRA, R. M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes Sociais da Saúde: Texto e Contexto na América Latina. **Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 869-897, set./dez. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **As conferências ao longo da história**. Brasília, DF: MS, 2007. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/index.php>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016** - Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: MS, 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Planalto, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968** - Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1968. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5540.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5540.htm). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996** - Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Planalto, 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Parecer CNE/CEB n. 19/2009, de 2 de setembro de 2009** - Consulta sobre a reorganização dos calendários escolares. Brasília, DF: MEC, out. 2009. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb019\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pceb019_09.pdf). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006** - divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Coronavírus: monitoramento das instituições de ensino. **Portal do Ministério da Educação**. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/coronavirus>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria n. 343, de 17 de março de 2020** - Dispõe sobre a substituição de aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19. Brasília, DF: Planalto, 2020b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20343-20-mec.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20343-20-mec.htm). Acesso em: 04 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica**. Brasília, DF: MEC; SEB; DICEI, 2013. 562p. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=13448-diretrizes-curriculares-nacionais-2013-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13448-diretrizes-curriculares-nacionais-2013-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19**. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140600-2-ms-diretrizes-covid-v2-9-4.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília, DF: MS, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006, 7). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de n. 356, de 11 de março de 2020** - Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=12/03/2020&jornal=515&pagina=185>. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 492, de 23 de março de 2020** - Institui a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo", voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília, DF: MS, 2020e. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=23/03/2020&jornal=602&pagina=4>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 56p. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF: MS, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnaps.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. Poder Executivo. **Medida Provisória n. 934, de 01 de abril de 2020** - Estabelece normas excepcionais sobre o ano letivo da educação básica e do ensino superior decorrentes das medidas para enfrentamento da situação de emergência de saúde pública de que trata a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Brasília, DF: Poder Executivo, 2020f. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-934-de-1-de-abril-de-2020-250710591>. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto no 7234 de 19 de julho de 2010 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES**. Brasília, DF: Planalto, 2010b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234). Acesso em: 28 abr. 2021.

BRAVO, P. V.; CABIESES, B.; ZUZULICH, M.; MUÑOZ, M.; OJEDA, M. Glossário para universidades promotoras de la salud. **Revista de salud pública**, Bogotá, v.15, n. 3, p. 465-477, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2013.v15n3/465-477/es>. Acesso em: 30 abr. 2022.



BREILH, J. **Deterioro de la Vida:** un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud. Quito: Corporación Editora Nacional/Ceas, 1990.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, p. 13-27, 2013. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>. Acesso em: 14 set. 2022.

BREILH, J. Entrevista. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533–540, maio/ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>. Acesso em: 30 abr. 2022.

BURKE, P. **Uma história Social do Conhecimento:** de Gutenberg a Diderot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (Org.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. Cap. 05, p.07-25.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p.2305-2316, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 30 ago. 2021.

CABIESES, B.; MUÑOZ, M.; ZUZULICH, S.; CONTRERAS, A. Cómo implementar la nueva ley chilena antitabaco al interior de la universidad. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, US, v. 23, n. 5, p. 361–368, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n5/a13v23n5.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CAMBRIDGE DICTIONARY. Dicionário On-line de Inglês. **Core business**. 2021. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/core?q=core+business>. Acesso em: 30 abr. 2022.

CANCLINI, N. G. **Globalização Imaginada**. São Paulo: Editora Iluminuras, 2003. p.152-167.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, Monte Carmelo, v.20, n.43, p.98-111, 2021. Disponível em: <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>. Acesso em: 19 maio 2022.

CARTA de Edmonton para universidades promotoras de La Salud e Instituciones de Educación Superior. 2021. Disponível em:  
[https://www.paho.org/per/dmdocuments/Carta\\_de\\_Edmonton\\_Universidades\\_Promotoras\\_de\\_Salud\\_2005.pdf#gsc.tab=0](https://www.paho.org/per/dmdocuments/Carta_de_Edmonton_Universidades_Promotoras_de_Salud_2005.pdf#gsc.tab=0). Acesso em: 23 jul. 2021.

CARTA de Ottawa. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, nov. 1986. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em 20 junho de 2021.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 189f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002. Disponível em:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fuolg1LLgF8J:bvssp.iciict.fiocruz.br/lildbi/docson-line/get.php%3Fid%3D3842&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari> Acesso em: 30 set. 2021.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto da Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n.4, p.1088-1095, jul./ago. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.13, p.2029-2040, 2008. Suplemento 2. Disponível em:  
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>. Acesso em: 14 ago. 2021.

CARVALHO, A. K. A. S. Uma análise da teoria dos quatro humores da medicina hipocrática. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE JOVENS INVESTIGADORES – JOIN, 3., 2017. Campina Grande. **Investigar para transformar**. Campina Grande: Realize Editora, 2017. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/50203>. Acesso em: 22 set. 2021.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. P. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. São Paulo: USP, 2015. Disponível em:  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Hist%C3%B3rico%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Hist%C3%B3rico%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20(1).pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.

CHALHOUB, S. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHIARINI, T.; VIEIRA, K. P. Universidades como produtoras de conhecimento para o desenvolvimento econômico: sistema superior de ensino e as políticas de CT&I. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v.66, n.1, p.117–132, mar. 2012. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbe/a/hZq7bsMskm3Qp9qmxt98Qfs/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, jul. 2009. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/FDhvgQSMB7g4TX3XQZbzPWL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2021.

COHEN, G. A. Forças produtivas e relações de produção. **Crítica Marxista**, São Paulo, n.31, p.63-82, 2010. Disponível em: [dossie46merged\\_document\\_238.pdf \(unicamp.br\)](#). Acesso em: 14 ago. 2021.

COUTINHO, A. F.; MEDEIROS, H. A. de; ANDRADE, L. D. F. de; RIBEIRO, L. C. S. Gestão em enfermagem de pessoal na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, Recife, v.13, n.1, p.137-147, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237019p137-147-2019>. Acesso em: 24 jun. 2021.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.35, n.4, p.16-24, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata sobre cuidados primários: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, USSR. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, 02 set. 1978. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 24 abr. 2021.

ESPEJO, M. M. S. B.; ANDRADE, G. A. S.; ALVES, N. S.; RIETH, T. Gestão universitária durante o período pandêmico: ações estratégicas. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 158–181, ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.5007/1983-4535.2022.e85413>. Acesso em: 18 nov. 2022.

ESPINDOLA, B. C.; SABÓIA, V. M.; SANTOS, G. S. dos. Promoção da saúde de graduandos de enfermagem: uma revisão integrativa. **Saúde Coletiva**, Osasco, v.10, n.52, p.2296-2304, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2296-2313>. Acesso em: 18 fev. 2022.

ÉSTHER, A. B. As competências gerenciais dos reitores de universidades federais em Minas Gerais: a visão da alta administração. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 648-667, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512011000600011>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FAULSTICH, E. Aspectos da terminologia geral e terminologia variacionista. **TradTerm: Revista do Centro Interdepartamental de Tradução e Terminologia**, São Paulo, v. 7, p. 11-40, 2001. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-9511.tradterm.2001.49140>

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 7-18. (Serie B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 18 jun. 2021.

FERREIRA, F. M. P. B.; BRITO, I. S.; SANTOS, M. R. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, p.1714-23, 2018. Suplemento 4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693>.

FIOROTTI, K. P.; ROSSONI, R. R.; MIRANDA, A. E. Perfil do estudante de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Espírito Santo, v. 3, n. 34, p.355-362, 05 nov. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022010000300004>. Acesso em: 07 set. 2021.

FONSECA, R. M. G. S. **Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença**. PROENF- Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2008. v. 3, p. 9-39.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982. Cap. 5, p.79-98.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.2115-2122, 2008. Suplemento 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900016>. Acesso em: 22 maio 2022.

FLEURY-TEIXEIRA, P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.33, n.83, p.380-389, set./dez.2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800005.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Tradução de Kátia de Mello e Silva. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Vacinas virais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/perguntas-frequentes/perguntas-frequentes-vacinas-menu-topo/131-plataformas/1574-vacinas-virais>. Acesso em: 18 fev. 2022.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63–76, jan./mar. 2017. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso&tlng=pt), 10.1590/0103-1104201711206. Acesso em: 12 set. 2021.

GARCIA, L. M.; CAPELLINI, V. L. M. F.; REIS, V. L. dos. Saúde mental na universidade: a perspectiva de universitários da permanência estudantil. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 17, p.167-181, jan./dez. 2020. DOI: 10.5747/ch.2020.v17.h493.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GOUVEIA, M. M. W.; DINIZ, A. V. S. **Promoção da saúde mental de graduandos da UFPB**: proposições para uma atuação institucional. 2020. 128f. Relatório técnico. (Mestrado Profissional em Gestão nas Organizações Aprendentes) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/20386/1/MirtilaMarinaWoodGouveia\\_Dissert.pdf](https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/20386/1/MirtilaMarinaWoodGouveia_Dissert.pdf). Acesso em: 13 jul. 2021.

GOVERNMENT OF UNITED KINGDOM. **Education and childcare**: Part of coronavirus. United Kingdom: Gov.UK, 2020. Disponível em: <https://www.gov.uk/coronavirus/education-and-childcare>. Acesso em: 14 jul. 2021.

GUNDIM, V. A.; ENCARNAÇÃO, J. P.; SANTOS, F. C.; SANTOS, J. E.; VASCONCELLOS, E. A.; SOUZA, R. C. Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia de COVID-19. **Revista baiana de enfermagem**, Salvador, v.35, e37293, 2021. Disponível em: 10.18471/rbe.v 35.37293. Acesso em: 23 set. 2021.

GUSSO, H. L.; ARCHER, A. B.; LUIZ, F. B.; SAHÃO, F. T.; LUCA, G. G. de; HENKLAIN, M. H. O.; PANOSSO, M. M. G.; KIENEN, N.; BELTRAMELLO, O.; GONCALVES, V. M. Ensino Superior em Tempos de Pandemia: diretrizes à gestão universitária. **Debates e Polêmicas Educação e Sociedade**, Campinas, v.41, p.1-27, e238957, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES.238957>. Acesso em: 18 fev. 2022.

HARTMANN, J. B.; ANDRADE, G. R. DE; YAMAGUCHI, M. U. Universidades promotoras de saúde (UPS) - breve mapeamento do cenário brasileiro atual. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 11., 2019. Maringá. **Anais eletrônicos...** Maringá: Unicesumar, out. 2019. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/3822/1/JANE%20BISCAIA%20HARTMANN.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2021.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P. de; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde - trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021 & script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021 & script=sci_arttext). Acesso em: 10 maio 2021.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; WOSNY, M. A.; BOEHS, E. A. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.8, p.3553-3559, ago. 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014198.11342013.

HERAUD, S. B. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. **Revista de Psicología**, Lima, v.31, n.2, p.288-314, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v31n2/a06.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

HOBBSAWN, E. J. **A era dos extremos**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

HODGES, C.; MOORE, S.; LOCKEE, B.; TRUST, T.; BOND, A. The difference between emergency remote teaching and online learning. **Educause Review**, Washington, 27 mar. 2020. Disponível em: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>. Acesso em: 18 fev. 2022.

HOF-NAHOR, I.; BISWAS, S. Health Promotion in Israeli Colleges of Higher Education- The Example of Oranim College of Education. **Front Public Health**, Londres, v.8, n.408, p.1-8, Sept. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00408>. Acesso em: 14 maio 2021.

HOTHOTH, S. Higher education change and its managers: alternative constructions. **Educational Management Administration & Leadership**, Londres, v. 41, n. 3, p. 352-371, May 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/17411432124748>. Acesso em: 14 maio 2021.

JUNG, H. S.; FOSSATTI, P.; MONTICELLI, J. M. Profile of managers in brazilian Community Universities. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 57, n. 54, 20 dez. 2019. DOI: 10.21680/1981-1802.2019v57n54ID18408.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LAMÓGLIA, F. B.; GISI, M. L. Educação Superior e cidadania. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DA PUCPR, 6., 2006, Curitiba. **Anais eletrônicos**. Curitiba, 2006. Disponível em: <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2006/anaisEvento/docs/CI-029-TC.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

LARA, R. M. M.; ÁVILA, F. S.; GARCIA, B. L.; LUCERO, V.; CHÁVEZ, A. P.; SIERRA, M. D. V. Evaluación de la percepción de calidad de vida y el estilo de vida en estudiantes desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud. **Revista de Educación y Desarrollo**, Guadalajara, México, n. 8, p.5-16, abr./jun. 2008. Disponível em: [https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/8/008\\_Meda.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/8/008_Meda.pdf). Acesso em: 30 jul. 2021.

LAURELL, A. C. "La salud-enfermedad como proceso social". **Cuadernos Médico Sociales**, México, n.19, p.1-11, Enero 1982. Disponível em: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.

LEAL, F. G.; CÉSPEDES, R. R.; STALLIVIERI, L. O perfil do gestor universitário de cooperação internacional no Brasil. **Internext**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-16, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://internext.espm.br/internext/article/view/368/307>. Acesso em: 14 maio 2021.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LINDEMBERG, M. A. Saúde-doença: conhecimento, poder, cultura, ciência e história. **Práxis em saúde coletiva**, 31 out. 2006. Disponível em: <http://psaudecoletiva.blogspot.com/2009/04/saude-doenca-conhecimento-poder-cultura.html>. Acesso em: 14 maio 2021.

LOPES, E. C. P. M.; CAPRIO, M. As influências do modelo neoliberal na educação. **Revista on-line de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, n. 5, p. 1-16, 2008. DOI: 10.22633/rpf.v0i5.9152.

- LOPES, R.; TOCANTINS, F. R. Health Promotion and Critical Education. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.235-46, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6dR6MvCvyHKBkzbYJnFY9jb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 maio 2021.
- LOPES, S.; VIEIRA, R.; MOREIRA, A. WEBQDA na análise qualitativa de interações no contexto de uma oficina de formação de professores. **Indagatio Didactica**, Aveiro, Portugal, v. 5, n. 2, p. 110-121, abr. 2013. DOI: <https://doi.org/10.34624/id.v5i2.4332>.
- LÓPEZ-ARELLANO, O.; SAINT MARTIN, F. P. Salud y sociedad: aportaciones del pensamiento latino americano. **Medicina Social Salud para Todos**, Bronx, NY, v. 1, n. 3, p. 82-102, dic. 2006. Disponível em: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/41/109>. Acesso em 14 de maio de 2021.
- LOURENÇO, R. A.; *et al.* Frailty in Older Brazilians – FIBRA-RJ: research methodology on frailty, cognitive disorders and sarcopenia. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 13-23, out./dez. 2015. Disponível em: [https://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/577\\_en.pdf](https://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/577_en.pdf). Acesso em: 23 jul. 2021.
- MACHADO, A. L. G.; VIEIRA, N. F. C. Uso do software WEBQDA na pesquisa qualitativa em enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.73, n.3, p.1-6, e20180411, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0411>.
- MAIA, A.; ELIAS, A.; AZEVEDO, V.; SAMORINHA, A. C.; FERREIRA, A. S. Desafios e oportunidades de promoção da saúde no Campus Universitário. *In*: CONGRESSO NACIONAL DA RESAPES-AP, 1., 2010. Aveiro. **Apoio Psicológico no Ensino Superior Modelos e Práticas**. Aveiro, Portugal: Universidade De Aveiro, maio de 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Luisa-Soares-7/publication/358901027\\_Bem\\_estar\\_psicologico\\_e\\_padroes\\_de\\_utili/links/621ca6982542ea3cacb7a792/Bem-estar-psicologico-e-padroes-de-utili.pdf#page=12](https://www.researchgate.net/profile/Luisa-Soares-7/publication/358901027_Bem_estar_psicologico_e_padroes_de_utili/links/621ca6982542ea3cacb7a792/Bem-estar-psicologico-e-padroes-de-utili.pdf#page=12). Acesso em: 30 set. 2021.
- MELLO, A. L. S. F. de; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.14, n.34, p. 683-692, jul./set. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180115835011.pdf>. Acesso em: 30 set. 2021.
- MENICUCCI, T. M. G.; MARQUE, A. M. F.; SILVEIRA, A. G. O desempenho dos municípios no Pacto pela Saúde no âmbito das relações federativas do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.26, n.2, p.348-366, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170844>. Acesso em: 14 maio 2021.
- MINAYO, M. C. S. Apresentação. *In*: GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanes, 2014. p.67-81.
- MINISTRO PER L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA E LA DIGITALIZZAZIONE. **Solidarietà digitale**. Roma: Agenzia per l'Italia Digitale, 2020. Disponível em: <https://solidarietadigitale.agid.gov.it/#/come-aderire>. Acesso em: 21 abr. 2022.

MOREIRA, L. S.; SOARES, A. J. G. Entre defesas e críticas aos centros integrados de educação pública. **Revista Contemporânea de Educação**, Rio de Janeiro, v.14, n.30, pp. 50–66, Sept. 2019. DOI: 10.20500/rce.v14i30.21051.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.22, n.65, p.337-348, 2018.  
DOI: 10.1590/1807-57622017.0810. Acesso em: 24 ago. 2022.

MOTIEJŪNAITĖ-SCHULMEISTER, A.; CROSIER, D. How is Covid-19 affecting schools in Europe? **Eurydice, European Commission**, Bruxelas, 02 abr. 2020. Disponível em: <https://eurydice.ba/how-is-covid-19-affecting-schools-in-europe/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

NEVES, C. E. B.; SAMPAIO, H.; HERINGER, R. A institucionalização da pesquisa sobre o Ensino Superior no Brasil. **Revista Brasileira de Sociologia**, Porto Alegre, v.6, n.12, p.19-41, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.20336/rbs.243>. Acesso em: 20 abr. 2021.

NOGUEIRA, R. P. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

NOGUEIRA, E. C. O. R.; KUBO, E. K. M. Sentidos do exercício da liderança por mulheres executivas brasileiras. **Revista de Gestão e Secretariado**, São José dos Pinhais, v.4, n.2, p. 114–133, Dec. 2013. DOI: 10.7769/gesec.v4i2.175.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Fiocruz, 2009. p.19-40.

OLIVEIRA, C. S. **A Universidade Promotora da Saúde**: uma revisão de literatura. 2017. 72f. Dissertação (Mestrado em estudos interdisciplinares sobre a universidade) – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23569/1/a%20universidade%20promotora%20da%20sa%c3%9ade\\_cristiano%20oliveira.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23569/1/a%20universidade%20promotora%20da%20sa%c3%9ade_cristiano%20oliveira.pdf). Acesso em: 30 jun. 2021.

OLIVEIRA, J. A.; TRIGO, A. A.; FERRO, M. R. L.; REZENDE, M. M. Programa universidades promotoras de saúde com proposta de promoção de saúde dentro das universidades. **Revista AMazônica**, Manaus, v.24, n. 2, jul./dez. 2019, p.383-400, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/6763/4759>. Acesso em: 05 maio 2022.

OLIVEIRA, J. Em meio à rotina de aulas remotas, professores relatam ansiedade e sobrecarga de trabalho. **El País**, Pandemia de Coronavírus, São Paulo, 21 maio 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-05-21/em-meio-a-rotina-de-aulas-remotas-professores-relatam-ansiedade-sobrecarga-de-trabalho.html>. Acesso em: 05 maio 2022.

OREIRO, J. L.; PAULA, L. F. **A economia brasileira no governo Temer e Bolsonaro**: uma avaliação preliminar. Brasília, set. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.2.28213.01766.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde**. Rio de Janeiro, 21 out. 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Declara%C3%A7%C3%A3o-Pol%C3%ADtica-do-Rio-PT.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Escolas Promotoras de Saúde - Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Whashington, DC: Opas, 2006.

PAIVA, A. J. O. M e. **Gestão universitária: perfil e atuação**. Campinas, SP: Pontificia Universidade Católica de Campinas, 2006. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp155365.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2022.

PETTRES, A. A.; ROS, M. A. A determinação social da saúde e a Promoção da Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v.47, n.3, p. 183-196, jul./set. 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375/282>. Acesso em: 25 fev. 2022.

POLEJACK, L.; *et al.* A Universidade de Brasília Promotora de Saúde no Contexto da Pandemia de COVID-19. *In*: MURTA, S. G.; *et al.* Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: Diálogos de Norte a Sul. Porto Alegre, RS: Redeunida, 2021. p.273-317. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Promocao-da-Saude-e-Prevencao-de-Agravos-a-Saude-dialogos-de-Norte-a-Sul.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 228 p.

REBUKHA, L.; POLISHCHUK, V. Ukrainian Society and Covid-19: the Influence of the Pandemic on Educational Processes in Higher School. **Post modern Openings**, Romênia, v. 11, n. 2, p.120-127, July 2020. DOI: <https://doi.org/10.18662/po/11.2/165>

REGO, E. C. L. **How technological catching up matters economic to development today**. 2014.166 f. Tese (Doutorado em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/7021/1/Doutorado\\_Elba%20Cristina%20Lima%20Rego\\_P.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/7021/1/Doutorado_Elba%20Cristina%20Lima%20Rego_P.pdf). Acesso em: 14 ago. 2021.

REGO, A. T.; KHOURY, J. V.; HARTMANN, J. B.; BERNUCI, M. P.; YAMAGUCHI, M. U. Universidades promotoras da saúde: revisão sistemática. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA UNICESUMAR, 12., 2021. Maringá. **Anais Eletrônicos...** Maringá, PR: Universidade Cesumar, 2021. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/9030/1/Amanda%20Tribulato%20Rego.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2022.

RISTOFF, D. O novo perfil do campus brasileiro: uma análise do perfil socioeconômico do estudante de graduação. **Avaliação – Revista da Avaliação do Ensino Superior**, Campinas, v. 19, n. 3, p.723-747, nov. 2014. Disponível em: <https://periodicos.uniso.br/avaliacao/article/view/2058>. Acesso em: 24 set. 2021.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 266f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em:  
<https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/205276>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n.1, p.129-135, jan./fev. 2015. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxrj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ROCHA, C. F. **Experiências: a mulher na liderança de Instituições de Educação Superior**. 2018. 108f. Dissertação (Mestrado em Gestão Educacional) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Porto Alegre, RS, 2018. Disponível em:  
[http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/7655/Cristina%20Fogaça%20Rocha\\_.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/7655/Cristina%20Fogaça%20Rocha_.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 23 ago. 2022.

RODRIGUES, A. M.; OLIVEIRA, C. M. V.; FREITAS, M. C. V. F. Globalização, cultura e sociedade da informação. **Perspectiva em ciência da informação**, Belo Horizonte, v.6, n.1, p.97-105, jan./jun. 2001. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/download/48666>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RODRIGUES, T. **Determinação social da saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Fiocruz, 2015. Disponível em:  
<https://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/determinacao-social-da-saude>. Acesso em: 21 mar. 2022.

ROHRICH, S. S.; TAKAHASHI, A. R. W. Sustentabilidade ambiental em Instituições de Ensino Superior, um estudo bibliométrico sobre as publicações nacionais. **Gestão & Produção**, São Paulo, v.26, n.2, e2861, p.1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-530X2861>

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Hucitec; Unesp; Abrasco, 1994.

SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. *In*: SANTOS, E. M.; NATAL, S. (orgs.). **Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005. p. 350-369.

SANTANA, E. R.; PIMENTEL, A. M.; VÉRAS, R. M. A experiência do adoecimento na universidade: narrativas de estudantes do campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24, p.1-15, e190587, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e190587/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

SEABRA, R. Do dependentismo à teoria marxista da dependência: uma síntese crítica desta transição. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v.34, n.1, p.261-283, jan./abr. 2019.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/se/a/z9cXfjmNFJsXkhmCWvzRNVF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SIGERIST, H. **Hitos en la Historia de la Salud Pública**. 4.ed. México: Siglo XXI, 1990. 218p.

SILVA, T. M. R.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Como identificar necessidades em saúde no contexto da saúde da família? *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12., 2013. Belém. **Cuidado individual, familiar e comunitário**. Belém, PA, 2013. Disponível em:

<https://repositorio.usp.br/item/002430581>. Acesso em: 27 jan. 2021.

SILVA, C. A.; QUERINO, F. F.; ANJO, J. E. S.; ANDRADE, D. M.; RIBEIRO, F. T. F. Ações das universidades federais de Minas Gerais para o enfrentamento da pandemia do COVID-19. **Revista Gestão Universitária na América Latina-GUAL**, Florianópolis, v.14, n.3, p.25-44, set./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5007/1983-4535.2021.e78435>.

SILVA, E. D.; BERNARDO, M. H.; MAENO, M.; KATO, M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.122, p.187-191, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/WLqRPd87NwyFw5sq83tS6nM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SILVA, B. T.; FREITAS, M.; SOUZA, G. B.; HARDMAN, M. N.; SOBRAL, H. C.; SILVA, A. M. Promoção e Prevenção da saúde do homem. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, Aracaju, v.2, n.1, p. 95-101, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2013v2n1p95-101>

SILVA, L. V. T.; NISTA-PICCOLO, L. V. Dificuldade de aprendizagem na perspectiva das inteligências múltiplas: um estudo com um grupo de crianças brasileiras. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, Portugal, v. 23, n.2, p. 191-211, 2010. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/374/37417086009.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SILVA, M. R. I.; *et al.* Processo de acreditação das escolas promotoras de saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p. 475-486, fev. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SIPPERT, E. L.; STURZA, J. M. Globalização, Direito à saúde e fraternidade em tempos de pandemia. *In*: SALÃO DO CONHECIMENTO – SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA - UNIJUÍ, 26., 2021, Ijuí. **Anais...** Ijuí, RS: Unijuí, out. 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/21066-Texto%20do%20artigo-54553-1-2-20211020.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

SIRAKAMON, S.; CHONTAWAN, R.; AKKADECHANUN, T.; TURALE, S. An ethnography of health-promoting faculty in a Thailand university. **Health Promotion International**, Oxford, v.32, p.44-52, 2017. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/25/heapro.dat083.full.pdf+html>. Acesso em: 15 set. 2022.

SOARES, A. M.; PEREIRA, A. S.; CANAVARRO, J. M. A. Promoção da Saúde nas Instituições de Ensino Superior Portuguesas: reflexões e desafios. **Revista Portuguesa de Pedagogia**, Coimbra, v.49, n.2, p.115-137, 2015. DOI: [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_49-2\\_6](https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_6).

SOUZA, D. O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, p.2469-2477, 2020. Suplemento 1. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.11532020

SOUZA, D. N.; SOUZA, F. N. Aplicação de software na investigação qualitativa. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.37, n.3, e67901, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.67901>. Acesso em: 15 set. 2022.

SOUZA, S. J. M.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, e290102, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>. Acesso em: 15 set. 2022.

SUZIGAN, W. ; ALBUQUERQUE, E. M. **A Interação de Universidades e Empresas em Perspectiva Histórica**. Belo Horizonte, MG: UFMG/Cedeplar, jan. 2008. (Texto para discussão, 329). Disponível em: <https://ideas.repec.org/p/cdp/texdis/td329.html>. Acesso em: 30 maio 2021.

TERRIS, M. Public health policy for the 1990s. **Annual Reviews of Public Health**, Los Angeles, v. 11, p.39-51, 1990. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.pu.11.050190.00035>. Acesso em: 14 mar. 2022.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criterio for Reporting Qualitative Research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. **Internatinal Journal for Quality in Health Care**, Edimburgo, Reino Unido, v.19, n.6, p.349-57, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>. Acesso em: 30 maio 2021.

TORRES, A.; COSTA, A.; ALVES, L. **Educação e Saúde**: reflexões sobre o contexto universitário em tempo de COVID-19. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/amoura,+Educac%CC%A7a%CC%83o+e+Sau%CC%81de\\_reflexo%CC%83es+sobre+o+contexto+universita%CC%81rio+em+tempos+de+COVID\\_19.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/amoura,+Educac%CC%A7a%CC%83o+e+Sau%CC%81de_reflexo%CC%83es+sobre+o+contexto+universita%CC%81rio+em+tempos+de+COVID_19.pdf). Acesso em: 23 set. 2021.

TOSTA, H. T.; DALMAU, M. B. L.; TOSTA, K. C. B. T.; TECCHIO, E. L. Gestores universitários: papel e competências necessárias para o desempenho de suas atividades nas universidades federais. **Revista Gestão Universitária na América Latina - GUAL**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 01-15, ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.5007/1983-4535.2012v5n2p1>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). **UFSC Sustentável**. Florianópolis, SC: UFSC, 10 jun. 2021. Disponível em: <https://ufscsustentavel.ufsc.br>. Acesso em: 24 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Plano de dados Abertos**. Paraná, vigência agosto/2020- agosto/2022. Curitiba, PR: UFPR, 2020. Disponível em: <http://www.sic.ufpr.br/portal/wp-content/uploads/2020/08/1.-plano-de-dados-abertos-2020-2022.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANISATION (UNESCO). **COVID19 Educational disruption and response**. Paris: Unesco, 30 July 2020. Disponível em: <http://www.iiep.unesco.org/en/covid-19-educational-disruption-and-response-13363>. Acesso em: 24 nov. 2022.

VASCONCELOS, L. E. K.; SCHMALLER, V. V. P. Promoção da saúde: configurações no debate do serviço social. **Emancipação**, Ponta Grossa, v.14, n.1, p.129-146, 2014. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 24 nov. 2022.

VASSAR, M. P. B.; RODRIGUES, I. S.; ALMEIDA, F. S. de. Universidades em busca da sustentabilidade. **Determinação verde**, 15 mar. 2021. Disponível em: <https://itr.ufrj.br/determinacaoverde/universidades-em-busca-da-sustentabilidade/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

VEIGA, S. A.; TOLEDO, S. H.; PORTILHO, T. G. **Ensino remoto**: quais foram os impactos na vida das pessoas que compõem o processo de ensino- aprendizagem? 2020. 09f. Artigo (Programa de Iniciação Científica e Tecnológica – EAD) – Associação Brasileira de Educação à Distância – ABED, Taubaté, 2020. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com//handle/123456789/34638>. Acesso em: 23 nov. 2022.

VIANNA, M. F. P. **Promoção da saúde junto aos estudantes universitários**: contribuições e possibilidades para a formação integral. 2014. 63f. Dissertação (Mestrado Profissional Ensino na Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/104661/000940126.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 nov. 2022.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 653-663. Disponível em: <https://repositorio.pgsskroton.com//handle/123456789/34638>. Acesso em: 24 nov. 2022.

WOLFART, G. A.; SILVA, G. M.; SCHMIDT, C. M. Ações coletivas na área da saúde: um estudo de caso no consórcio intermunicipal de saúde costa oeste do Paraná sobre provisão de bens e serviços coletivos. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.3, n.2, p.61-74, 2014. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/39521/acoes-coletivas-na-area-da-saude--um-estudo-de--->. Acesso em: 13 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Genebra, Suíça: OMS, 1946. Disponível em:

<https://www.who.int/about/governance/constitution#:~:text=The%20Constitution%20was%20adopted%20by,are%20incorporated%20into%20this%20text>. Acesso em: 17 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **A Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Genebra, Suíça: OMS, 21 nov. 1986. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>. Acesso em: 24 nov. 2021.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.26-34, 2007.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000300004>. Acesso em: 24 nov. 2022.

## APÊNDICE 1 – AÇÕES PROMOTORAS DE SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ESTUDANTES NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

### Ações Promotoras de Saúde desenvolvidas por estudantes nas instituições de ensino superior.

Health Promoting Actions developed by students in higher education institutions.

Acciones de Promoción de laSaluddesarrolladas por estudiantes de centros de enseñanza superior.

#### Resumo

**Objetivo:** Identificar na literatura científica os programas e ações de promoção da saúde implementados nas Instituições de Ensino Superior. **Método:** revisão integrativa realizada na PubMed, Scientific Electronic Library Online, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Periódicos e Biblioteca Virtual de Saúde, no período de 2007 a 2021, tendo como estratégia de busca a seleção de artigos baseados nos Descritores em Ciência da Saúde.

**Resultados:** Foram incluídos 19 artigos que apresentam como ações promotoras a realização de práticas de atividade física e mudança na alimentação com foco voltado exclusivamente para os estudantes. **Conclusão e implementações para a prática:** As ações destacadas foram consideradas relevantes para o desenvolvimento da promoção da saúde, todavia a maioria dos estudos apresenta atividades momentâneas e pontuais. São sugeridos mais investimentos em políticas de promoção da saúde no âmbito universitário, considerando a realidade da sua comunidade bem como a estruturação e programas voltados à promoção da saúde.

**Palavras-chave:** atividade física; promoção da saúde; promoção da saúde dos estudantes; serviços de saúde na universidade; universidades.

**Keywords:** exercise; health service university; health promotion; school health promotion; universities.

**Palabras clave:** ejercicio físico; promoción de la salud; promoción de la salud estudiantil; servicios de salud en universidades; universidades.

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Daiana Kloh Khalaf e Kariane Gomes Cezario Roscoche, professoras do Departamento de Enfermagem, juntamente com a aluna Juliana Vieira de Moraes, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) senhor(a) da gestão universitária, que ocupa cargo de coordenação ou vice-coordenação dos seguintes cursos (enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, medicina, odontologia ou farmácia), a participar do estudo intitulado "**Promoção da saúde no ambiente de ensino superior e a sua relação com a determinação social**". Os estudantes do setor de saúde são alvo de preocupação, visto terem jornadas de práticas e teorias de forma integral, e a aflição e a autocobrança por lidar com vidas humanas podem ser um fator estressor para estes indivíduos. A universidade, como um ambiente saudável, pode impactar no processo saúde doença destes estudantes.

- a) O objetivo desta pesquisa é compreender e desenvolver tecnologias/estratégias voltadas à promoção da saúde no ambiente acadêmico.
- b) Caso o (a) senhor(a) concorde em participar da pesquisa, será necessário responder a uma entrevista on-line na Plataforma Microsoft Teams. O link para acessar a sala virtual será encaminhado via e-mail. A entrevista levará aproximadamente quarenta minutos, com etapa única.
- c) É possível que o (a) senhor (a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a responder a perguntas que causem constrangimento.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]Orientador [rubrica]



- d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser responder a questões sensíveis, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais, que foram registrados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e tomar o tempo do participante ao participar da entrevista.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são acesso facilitado posteriormente a uma cópia da dissertação, assim como a suas publicações na forma de livro e/ou artigos.
- f) As pesquisadoras Daiana Kloh Khalaf, Kariane Gomes Cezario Roscoche e Juliana Vieira de Moraes, responsáveis por este estudo, poderão ser localizadas (Rua Padre Camargo, 280 - 7 andar, Alto da Glória, Curitiba (PR), e-mail ([daianakloh@ufpr.br](mailto:daianakloh@ufpr.br); [karianeroscoche@ufpr.br](mailto:karianeroscoche@ufpr.br); [vieiramoraes@ufpr.br](mailto:vieiramoraes@ufpr.br) ) e (62) 9 9989-0158 no horário (08:00 às 17:00 horas ) para esclarecer eventuais dúvidas que o (a) senhor(a) possa ter antes, durante ou depois do encerramento do estudo. Em caso de emergência, o (a) senhor(a) também pode me contatar (Juliana Vieira de Moraes), neste número, em qualquer horário: (62) 9 9989-0158.
- g) Sua participação neste estudo é voluntária e se o (a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Para a devolução do TCLE, será preciso fazer seu *download* e encaminhá-lo via email. Após confirmação de recebimento, ele será excluído dos arquivos.
- h) As entrevistas terão o áudio gravado e assim que transcritas e a pesquisa encerrada, o conteúdo das gravações será destruído, após o prazo estabelecido no inciso XI.2.f., da Resolução 466/12, o material de pesquisa, físico ou digital, deve ser guardado por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]Orientador [rubrica]

03

- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, Daiana Kloh Khalaf e Kariane Gomes Cezario Roscoche, sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.
- j) O (a) senhor(a) terá a garantia de que quando os dados/resultados obtidos com este

estudo forem publicados, eles estarão codificados de modo que não apareça seu nome.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa transporte e impressão não são de sua responsabilidade e o (a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Entretanto, caso seja necessário seu deslocamento até o local do estudo, os pesquisadores asseguram o ressarcimento dos seus gastos com transporte (Item II.21, e item IV.3, subitem g, Resol. 466/2012).

l) Se o (a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o (a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) e/ou telefone 41 -3360-7259, das 08:30h às 11:00h e das 14:00h.às 16:00h. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que fazem pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal [rubrica]

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]Orientador [rubrica]

Eu, \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item k.


Eu concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicando seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.



Juliana Vieira de Moraes  
COREN-GO 000.860.713-ENF

[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

Link da versão on-line: <https://forms.gle/QD7BJQSyhaBvkexs5>

### APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS PARTICIPANTES

#### MATRIZ DE OBTENÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

(Continua)

<b>Dados do participante:</b>	Nome: Cargo: Formação: Tempo na coordenação: Telefone ou e-mail para contato: Data da entrevista:00/00/00	
<b>Perguntas Iniciais:</b>	Como você compreende a Promoção da Saúde na vida dos estudantes das IES sob sua responsabilidade?  Fale sobre os recursos que a IES tem à disposição para promover a saúde desses estudantes (financeiros, estruturais).	
ACHA	Descrição do tópico	Perguntas
<b>Integração com a missão do ES</b>	Promover processos que cultivem uma comunidade saudável para que os estudantes alcancem seu potencial de forma integral.	O senhor (a) conhece a missão da instituição? As ações de PrS estão alinhadas com a missão da instituição?  Há um planejamento estratégico da PrS dentro da IES? Se sim, qual (is)?  As ações de PrS aplicadas são pensadas para os diferentes públicos (estudantes, docentes, entre outros) da Universidade?
<b>Prática socioecológica</b>	Abordar a saúde e o bem-estar da comunidade acadêmica em todos os níveis do modelo socioecológico (comunidade, organizacional, inter e intrapessoal)	Quais são os espaços em que a PrS é debatida na Universidade?  Estes espaços são abertos a todos os públicos?

(Continua)

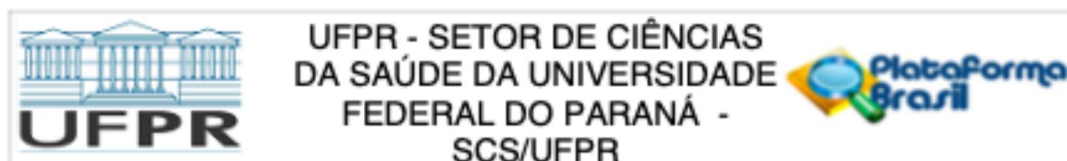
<p><b>Prática Colaborativa</b></p>	<p>Responsabilidade compartilhada dos membros da comunidade acadêmica em melhorar a saúde e o bem-estar.</p>	<p>Há compartilhamento da responsabilidade dos estudantes na busca do seu bem-estar?</p> <p>Há estratégias intersetoriais para promover a saúde da comunidade acadêmica?</p> <p>Os ambientes do campus são utilizados como produtores/promotores de saúde?</p> <p>Há estratégias que envolvam grupos de estudantes que visem a maximizar a eficácia das ações de PrS? Se sim, esses grupos conseguem englobar a maior parte dos estudantes?</p>
<p><b>Competência Cultural</b></p>	<p>Demonstrar humildade e inclusão cultural, com ações de PrS impulsionadas pelos valores da equidade, inclusão e respeito.</p>	<p>As ações de PrS nas IES seguem os valores da inclusão, respeito e equidade?</p> <p>Há ações de PrS voltadas à população vulnerabilizada (índios, cotistas, imigrantes e refugiados, entre outros)?</p> <p>Há práticas equitativas que contemplem os estudantes de todas as estratificações sociais?</p> <p>Como são identificadas as necessidades de saúde da comunidade acadêmica?</p> <p>Como são identificadas as necessidades de saúde das populações vulneráveis?</p> <p>Quais são as políticas inclusivas ofertadas pela universidade que impactam na saúde e no bem-estar da comunidade acadêmica?</p> <p>Quais são as necessidades mais frequentemente vistas nos graduandos do setor de saúde que buscam atendimento?</p> <p>As ações de PrS na IES defendem políticas inclusivas que impactam na saúde e no bem-estar dos diferentes estudantes? Se sim, quais são elas?</p> <p>Fale sobre as ações e estratégias voltadas para a PrS dos estudantes desenvolvidas na unidade/faculdade/universidade antes e durante a pandemia de COVID-19.</p>

(Conclusão)

<p><b>Prática baseada na teoria</b></p>	<p>Compreender e aplicar estruturas teóricas interdisciplinares e modelos de planejamento que abordam o bem-estar da comunidade acadêmica.</p>	<p>Há uma política de PrS da Universidade?</p> <p>Quais são as bases teóricas e/ou filosóficas para planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de PrS?</p> <p>(caso a pessoa responda não na pergunta anterior) Você conhece alguma base teórica e/ou filosófica para planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de PrS?</p>
<p><b>Práticas baseada na evidência</b></p>	<p>Compreender e utilizar evidências para informar processos e iniciativas de PrS.</p>	<p>Os resultados das ações e estratégias de PrS são divulgados para a comunidade?</p> <p>Como os resultados das ações de PrS são avaliados? Há uma periodicidade?</p> <p>Você julga necessária essa divulgação dos dados evidenciados? Se sim, por que?</p> <p>Os dados são divulgados com linguagem apropriada para o entendimento da comunidade acadêmica e geral?</p> <p>Quais os meios utilizados para divulgação dos dados?</p> <p>Todos os indivíduos da comunidade têm acesso a estes meios? Se sim, qual método foi utilizado para chegar a esse resultado ?</p>
<p><b>Aperfeiçoamento profissional e prática ética</b></p>	<p>Abrangência no desenvolvimento profissional contínuo para construir habilidades e manter um conhecimento atualizado da prática.</p>	<p>As ações de PrS contribuem para o desenvolvimento profissional?</p> <p>Há incentivo à Educação Permanente em Saúde na realização de ações de PrS para os profissionais dos CASA 's?</p> <p>Há um plano de desenvolvimento profissional para os trabalhadores dos ambulatórios na temática PrS?</p>

FONTE: A autora (2022).

## ANEXO 1 –PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP



**PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Promoção da Saúde no ambiente de ensino superior e a sua relação com a determinação social

**Pesquisador:** Daiana Kloh Khalaf

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56502822.4.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.443.926

**Apresentação do Projeto:**

O projeto de pesquisa intitulado "Promoção da Saúde no ambiente de ensino superior e a sua relação com a determinação social" envolve três pesquisadoras: a Profa. Daiana Kloh Khalaf do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, e as colaboradoras Kariane Gomes Cezario Roscoche e Juliana Vieira de Moraes. Conforme as pesquisadoras "No Brasil, não há uma política institucional em nível nacional que promova a Promoção da Saúde nas universidades, todavia em países da América e Europa vemos um forte crescimento do movimento denominado Universidades Promotoras da Saúde. Este movimento busca a percepção de que as universidades podem estimular positivamente o modo de vida e de saúde dos estudantes. Portanto, este estudo objetiva analisar as ações de Promoção da Saúde nas instituições de ensino superior na percepção da determinação social." Neste contexto, "a pesquisa será realizada em três etapas". Na etapa 1 cinco gestores universitários: Pró-Reitor da PRAE, coordenador do Projeto ConVIDA, coordenador da Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde do Servidor (CAISS), Coordenador da Unidade Centro de Atenção à Saúde 3 e 4 de uma Instituição Pública Federal do Sul do Brasil serão entrevistados individualmente. Na etapa 2, os coordenadores ou vice-coordenadores dos cursos de ciências da saúde (enfermagem, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, terapia ocupacional e farmácia), serão entrevistados individualmente. Na etapa 3 o grupo de participantes será constituído por

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

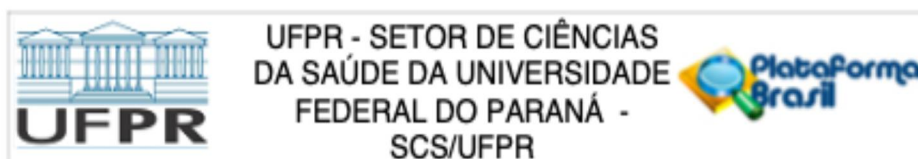
**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**CEP:** 80.060-240

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.443.826

estudantes dos cursos do Setor de Ciências da Saúde. Os grupos 1 e 2 serão entrevistados de modo online, utilizando a plataforma Teams, enquanto o grupo 3 responderá um questionário eletrônico, via Google Forms.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral da pesquisa é "Compreender e desenvolver tecnologias voltadas à promoção da saúde no ambiente acadêmico."

Para tanto, os objetivos específicos, são:

- Analisar a política de promoção da saúde no contexto universitário;
- Analisar a compreensão de promoção da saúde entre a comunidade acadêmica;
- Elaborar tecnologias de promoção da saúde a partir das necessidades de saúde da comunidade acadêmica."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Citando as pesquisadoras: "Os participantes da presente pesquisa serão submetidos a entrevistas e/ou aplicação de questionários portanto correm o risco de responder questões sensíveis (sexualidade, econômica); discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais, que foram registrados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/entrevista."

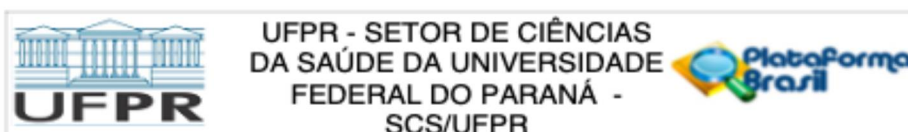
Benefícios: De acordo com as pesquisadoras "Esta pesquisa pode contribuir com os atuais e potenciais problemas dos indivíduos e da comunidade no qual está inserido, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida, a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e do meio ambiente."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem duração de 2 anos, possui caráter descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Serão entrevistados coordenadores e gestores das unidades de atendimento ao estudante. E aplicação de um questionário com estudantes do setor de saúde de uma universidade pública do sul do país. Para realizar as entrevistas foi criado uma matriz baseada no American College Health Association (ACHA). Já o questionário terá uma abordagem socioeconômica dos estudantes e indagações sobre a promoção da saúde nas universidades. Para a análise dos dados usar-se-á a análise de dados segundo Laurence Bardin, e como ferramenta de organização o

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br





Continuação do Parecer: 5.443.826

software WebQDA.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios foram anexados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

A pendências prévias foram respondidas e atendidas pela pesquisadora principal, como segue:

1. Em relação ao projeto detalhado foi fornecido o cálculo amostral com indicativo de tamanho da amostra do estudo; o prazo de duração da pesquisa foi fornecido de forma concisa, assim como o tempo de duração da aplicação dos questionários; foi apresentada a infraestrutura necessária referente à gravação das entrevistas; os critérios de inclusão e exclusão foram revistos; a propriedade das informações foi indicada como sendo posse da pesquisadora principal;

2. O instrumento de coleta de dados foi fornecido de modo a possibilitar sua leitura;

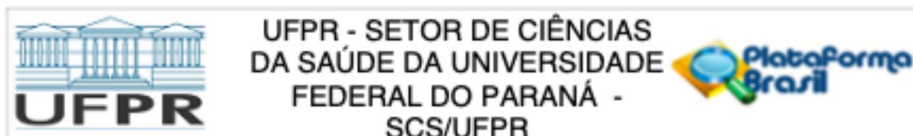
3. Em relação aos termos de apresentação obrigatória, os TCLE foram devidamente adequados; a carta de encaminhamento e os termos de concordância de serviços envolvidos tiveram suas datas revistos; o termos de uso de voz/imagem faltante foi fornecido.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número deste Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais (a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos,

<b>Endereço:</b> Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	<b>CEP:</b> 80.060-240
<b>Bairro:</b> Alto da Glória	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-7259	<b>E-mail:</b> cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 5.443.926

através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Para o próximo relatório, favor utilizar o modelo atualizado, (abril/22), de relatório parcial.

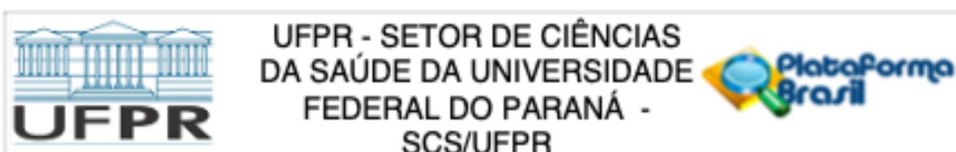
Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1897536.pdf	12/04/2022 16:45:31		Aceito
Outros	Carta_resposta.docx	12/04/2022 16:42:30	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_retif.docx	12/04/2022 16:37:41	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	12/04/2022 16:36:53	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Termo_voz_imagem.pdf	12/04/2022 16:36:00	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	carta_encaminhamento_retif.pdf	12/04/2022 16:34:54	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicoenvolv_farm_retif.pdf	12/04/2022 13:39:52	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicoenvolv_med_retif.pdf	12/04/2022 13:39:09	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicoenvolv_nutri_retifpdf.pdf	12/04/2022 13:38:43	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicosenvolv_enf_retif.pdf	12/04/2022 13:37:01	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicosenvolv_odonto_retifpdf.pdf	12/04/2022 13:36:21	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicoenvolv_to_retif.pdf	12/04/2022 13:34:19	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_estud_curso_corrigido.docx	12/04/2022 13:31:39	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -  
SCS/UFPR

Continuação do Parecer: 5.443.926

Outros	Servicoenvolv_caiss.pdf	04/03/2022 13:53:56	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicoenvolv_to.pdf	04/03/2022 13:52:54	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito
Outros	Servicoenvolv_prae.pdf	04/03/2022 13:51:34	JULIANA VIEIRA DE MORAES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 01 de Junho de 2022

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br