



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE
A UNIVERSIDADE**

DANIELE MACHADO PEREIRA ROCHA

**CONCEPÇÕES, AUTOPERCEPÇÃO E PRÁTICAS LIGADAS À SAÚDE E
DOENÇA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS MASCULINOS DO
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DA BAHIA**

Salvador-BA
2017

DANIELE MACHADO PEREIRA ROCHA

**CONCEPÇÕES, AUTOPERCEPÇÃO E PRÁTICAS LIGADAS À SAÚDE E
DOENÇA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS MASCULINOS DO
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Estudos Interdisciplinares sobre a universidade.

Linha de pesquisa II: Qualidade de vida e promoção da saúde na universidade.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho.

Coorientador: Prof.^o Dr.^o Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro.

Salvador-BA
2017

Ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA
SIBI-UFBA

D184 Machado Pereira Rocha, Daniele

Concepções, autopercepção e práticas ligadas à saúde e doença de estudantes universitários masculinos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. / Daniele Machado Pereira Rocha. - Salvador, 2017.

117 f. il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho.
Coorientadora: Prof.^o Dr.^o Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos.

1. saúde. 2. doença. 3. autocuidado. 4. estudantes. 5. universidade. I. Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas. II. Ribeiro, Jorge Luiz Lordêlo de Sales. III. Título.

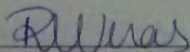
DANIELE MACHADO PEREIRA ROCHA

**CONCEPÇÕES, AUTOPERCEPÇÃO E PRÁTICAS LIGADAS À SAÚDE E DOENÇA
DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS MASCULINOS DO BACHARELADO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

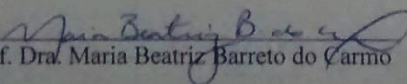
Dissertação apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 01 de junho de 2017.

Banca examinadora



Prof. Dra. Renata Meira Vêras



Prof. Dra. Maria Beatriz Barreto do Carmo



Prof. Dr. Alvaro Pereira

AGRADECIMENTOS

Nesta vida, não construímos nada sozinhos e a elaboração desta dissertação teve o apoio, a parceria, a paciência e a contribuição de muitas pessoas que são extremamente importantes na minha vida.

A Deus, meu socorro bem presente na hora da angústia, que me abençoa e me protege na minha trajetória de vida acadêmica.

A todos os meus familiares, em destaque para minha avó (Nicinha), pelas orações e intercessões. Aos meus pais (Eliene e Edmundo) pelos pedidos de proteção, por acreditar e incentivar a cada dia meu progresso nos estudos.

Agradeço a minha tia (Dr.^a Edilene), por ser inspiração, exemplo de vida e resiliência, pois, se estou terminando este mestrado e buscando o doutorado, é graças a ela.

Ao meu companheiro, Daniel, pelo apoio, paciência, cumplicidade. Por ser um ombro mais que amigo em que eu podia dividir minhas angústias e triunfos na pesquisa e escrita da dissertação.

À Dr.^a Thereza Coelho, por se minha orientadora desde a minha entrada no Bacharelado Interdisciplinar e continuar comigo no mestrado. Pelas oportunidades, pelo acolhimento no grupo de pesquisa e por acreditar no meu potencial, sou muito grata.

Ao meu coorientador, Dr. Jorge Sales, pelo cuidado, atenção e paciência. Aprendi muito com seus ensinamentos e com sua metodologia de ensino.

Aos meus amigos (as) de pesquisa, Luciana, Angélica, José, Fernanda, Fiana, Juan, Adailton, pelas discussões do trabalho, pela paciência de leitura conjunta, pelo aprendizado. Agradeço a Raquel, pelo interesse por meu tema de estudo, pela construção conjunta do artigo. A Carlos, inspiração dentro do grupo, pela

disponibilidade. Fazer parte de um grupo interdisciplinar, focado, com diálogos e troca de conhecimentos foi essencial para minha formação.

Aos meus amigos de mestrado e vida, Elvira, Alex e Cristiano. Nossas risadas, trocas de experiências e momentos pós-aula fizeram toda a diferença nesta caminhada.

À minha melhor amiga, Emilin, e ao meu cunhado e amigo Iago, pelos momentos de diversão e pela compreensão nos meus momentos de escrita.

Por fim, ao Instituto de Humanidades, Artes e Ciência Professor Milton Santos (IHAC), com todos os seus profissionais e estudantes, que em conjunto auxiliaram na trajetória acadêmica, direta ou indiretamente, influenciando na minha (des)construção de pensamentos e percebendo o valor e a necessidade de sermos interdisciplinares na teoria e na prática.

Muito obrigada a todos (as)!

“Ter desafios é o que faz a vida interessante e superá-los é o que faz a vida ter sentido”.

Joshua J. Marine

[...] *“Até aqui nos ajudou o Senhor”.*

1 Samuel 7:12

ROCHA, Daniele Machado Pereira. **Concepções, autopercepção e práticas ligadas à saúde e doença de estudantes universitários masculinos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia**. 117 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

Introdução: Poucas são as pesquisas ligadas às concepções, autopercepção e práticas relacionadas à saúde e doença de estudantes universitários, sobretudo no contexto da saúde do homem. Há necessidade de se ampliar as pesquisas na intenção de perceber como os estudantes compreendem a saúde e a doença, como avaliam o próprio estado de saúde e as práticas que utilizam em seus cotidianos.

Objetivo: Analisar as concepções, autopercepção e práticas ligadas aos processos de saúde e doença de estudantes do gênero masculino ingressos em um curso superior de saúde, da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Metodologia: Participaram da pesquisa alunos com idade entre 18 e 61 anos, que responderam às perguntas de um questionário semiestruturado, referentes à temática abordada. As respostas foram analisadas nos moldes da análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados: Em relação às concepções de saúde, as respostas referiram-se majoritariamente à ideia de saúde como bem-estar, ligada ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), aos hábitos de vida, como alimentação saudável e atividade física. Quanto à autopercepção, 90% dos estudantes se consideraram saudáveis. Referente às concepções de doença, destacaram-se as ideias de desequilíbrio do corpo e da mente, assim como as de dores física e/ou mental. Relativo às práticas de saúde, novamente apareceram a atividade física e a alimentação saudável como formas de se obter uma boa saúde e prevenir doenças. Outras práticas de promoção, prevenção, práticas integrativas / complementares e religiosas de saúde também foram mencionadas, em menor frequência.

Conclusão: As concepções relacionadas ao modelo hegemônico biomédico, relacionado à saúde como ausência de doença,

vêm sendo desconstruídas e aos poucos um pensamento coletivo e humanizado torna-se mais presente. Ainda assim, percebemos tanto nas concepções, quanto nas práticas, respostas que são comumente veiculadas na mídia e que se inclinam para uma visão de saúde individualizada do sujeito, tornando os mesmos responsáveis por seu próprio cuidado. Na perspectiva da saúde dos homens, as respostas afastam-se do corriqueiro distanciamento dos homens em relação aos serviços e cuidado com a saúde, mas evidenciam algo que é discutido na literatura, a percepção positiva de saúde e o fato de não se sentirem doentes. Desse modo, salienta-se a necessidade de se dar destaque a novas formas de vivenciar os processos de saúde e doença, reconstruindo/desconstruindo masculinidades e concepções/práticas de saúde e doença predominantes.

Palavras-chave: saúde; doença; autocuidado; estudantes; universidade.

ROCHA, Daniele Machado Pereira. **Conceptions, self-perception and practices related to health and illness of male university students of the Interdisciplinary Bachelor of Health of the Federal University of Bahia.** 117f. il. 2017. Master Dissertation - Programa de Pós Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

Introduction: There are few researches related to conceptions, self-perception and practices concerned with health and illness, between university students, especially in the context of human health. There is a need to broaden the research in order to know how students understand health and disease, how they assess their health status and which practices they use in their daily lives. **Objective:** To analyze the conceptions, self-perception and practices related to health and illness processes between male university students, of a higher health course in Federal University of Bahia. **Methodology:** The participants of the study were students aged between 18 and 61, who answered the questions of a semi-structured questionnaire, referring to the subject matter. The responses were analyzed according to Bardin's content analysis model. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Nursing School of the Federal University of Bahia and the participants signed an Informed Consent Term. **Results:** Regarding to health conceptions, the answers referred mainly to the idea of health as well-being, linked to the concept of the World Health Organization (WHO), to the habits of life, such as healthy eating and physical activity. Regarding self-perception, 90% of the students considered themselves healthy. Regarding conceptions of disease, the ideas of imbalance of body and mind, as well as those of physical and / or mental pain, stand out. Concerning health practices, physical activity and healthy eating once again appeared as ways of achieving good health and preventing diseases. Others practices of promotion, prevention, integrative / complementary and religious practices of health were also mentioned, but in small amount. **Conclusion:** The conceptions related to the biomedical hegemonic model, related to health as absence of disease, have been deconstructed and gradually a collective and humanized thinking becomes more present. Nonetheless, we perceive both conceptions and practices that are

commonly seen in the media and that are inclined to an individualized view of the individual's health, making them responsible for their own care. From the point of view of men's health, the answers diverge from the common distance of men in relation to health care and services, but they point to something that is discussed in the literature, the positive perception of health and the fact that they do not feel sick. Thus, it is necessary to emphasize new ways of experiencing health and disease processes, reconstructing / dismantling masculinities and prevailing health and disease conceptions / practices.

Keywords: health; disease; self-care; students; university.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Concepções de saúde dos estudantes. (Artigo 1) 33
Tabela 2	Concepções de doença dos estudantes. (Artigo 1) 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AS	alimentação saudável
AT	atividade física
BI	Bacharelado Interdisciplinar
BIS	Bacharelado Interdisciplinar em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FACIPE	Faculdade Integrada de Pernambuco
FAPESB	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia
HND	História Natural das Doenças
IC	iniciação científica
IHAC	Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos
LAPICS	Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAF	Pavilhões de Aula da Federação
PIB	Produto Interno Bruto
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGEISU	Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade
SAVIS	Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

UNEB Universidade Estadual da Bahia
UNIT Centro Universitário Tiradentes

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
INTRODUÇÃO.....	18
2 ARTIGOS.....	25
2.1 ARTIGO 1 - CONCEPÇÕES E AUTO-PERCEPÇÃO LIGADAS À SAÚDE E À DOENÇA DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DO GÊNERO MASCULINO.....	26
2.2 ARTIGO 2 - PRÁTICAS DE SAÚDE DE ESTUDANTES DO GÊNERO MASCULINO DE UM CURSO SUPERIOR EM SAÚDE.....	53
2.3 ARTIGO 3 - INFLUÊNCIA DA MASCULINIDADE NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UNIVERSITÁRIOS RELACIONADAS À SAÚDE E À DOENÇA.....	76
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
APÊNDICES.....	106
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	107
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ESTUDANTES INGRESSOS NO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE.....	108
ANEXOS.....	111
ANEXO A - <i>PRINT</i> DO COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 01: REVISTA E-PSI – REVISTA ELETRÔNICA DE PSICOLOGIA, EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	112
ANEXO B - <i>PRINT</i> DO COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 02: REVISTA DA FAEBA – EDUCAÇÃO E CONTEMPORANEIDADE.....	113
ANEXO C - <i>PRINT</i> DO COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 3 – REVISTA INTERFACES CIENTÍFICAS - HUMANAS E SOCIAIS	114
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA / PLATAFORMA BRASIL.....	115

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de um processo de aprendizado dentro do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC), da Universidade Federal da Bahia. Esse Instituto me acolheu desde 2011, como ingressante no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), um curso novo, com uma proposta revolucionária de ensino, que me cativou e remodelou os meus projetos de vida estudantil e profissional, principalmente na área da saúde, a qual não fazia parte dos meus planos e que, no entanto, direcionou o meu olhar para uma perspectiva humanizada e integradora, proporcionando também a finalização de mais um ciclo dentro do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade (PPGEISU).

No BIS obtive a oportunidade de participar de reuniões em grupos de iniciação científica (IC), logo nos primeiros semestres e ingressar, como bolsista de IC, em 2012, no grupo coordenado pela Prof.^a Dr.^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho (atual orientadora de mestrado), na pesquisa intitulada 'Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: concepções e práticas de saúde e doença'. Nesse grupo, tive em conjunto com as outras bolsistas o espaço para escolher com qual público iríamos estudar e trabalhar durante a pesquisa e, diante das alternativas, preferi a temática da saúde do homem, pela curiosidade e por falta de informações tanto no cotidiano geral, quanto acadêmico.

Durante esse ciclo, estudei, apliquei questionários, explorei o assunto no contexto dos estudantes do BIS, como proposto pelo projeto de pesquisa, e isto me possibilitou a criação e aperfeiçoamento do artigo denominado 'Gênero Masculino: concepções e práticas de saúde', apresentado no III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades e publicado nos anais deste mesmo congresso, em 2013. No ano de 2015, retorno ao projeto de pesquisa, inserida no Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades, e desta vez o estudo é intitulado 'Concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença'.

Nessa mesma época, obtive aprovação na seleção do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade (PPGEISU) da UFBA, trabalhando com meu tema de interesse ligado às concepções, autopercepção e práticas de saúde e doença de estudantes do gênero masculino do BIS, dentro da

linha de pesquisa 'qualidade de vida e promoção da saúde na universidade', que contribui também com os estudos de gênero e políticas públicas de saúde.

Atualmente orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Thereza e coorientada pelo Prof.^o Dr.^o Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro, do Instituto de Psicologia da UFBA, venho construindo e apresentado artigos, com parcerias de colegas tanto do mestrado, quanto da iniciação científica, a saber, 'Construção do corpo masculino: relações com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças', no IV Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades em 2015; 'Região Sudeste e suas políticas de promoção da saúde voltada para a população', no 12º Congresso Internacional Rede Unida em 2016; 'Práticas de saúde de estudantes do sexo masculino do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia', Congresso da UFBA em 2016, dentre outros.

O BIS e todas as pessoas que estiveram e estão ao meu redor proporcionaram uma visão acadêmica e profissional que eu não pensava em construir e que hoje vem se delineando em forma de mestrado, com a criação da dissertação em formato de artigos, de acordo com o disposto na Resolução nº 003/2011 do PPGEISU. Os artigos presentes nesta dissertação estão submetidos à publicação nos periódicos Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade, Revista E-Psi – Revista Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde, sendo um artigo já aceito para publicação na revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais.

INTRODUÇÃO

Parece unanimidade, todos e todas querem estar saudáveis e jamais estar doentes. A saúde representa um bem valioso e necessário para a vida e a doença parece representar um problema diante disso. Laplantine (2010) descreve, em *Antropologia da Saúde*, que a doença tende a ser considerada como um mal, um infortúnio. A saúde, por sua vez, vai ao encontro do sucesso, produtividade e felicidade. Seguindo essa linha, um dos conceitos mais utilizados para definir a saúde, o da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), a considera como não somente ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, sem espaço para enfermidades, pois, do contrário, não seria uma saúde ideal e prazerosa (SCLIAR, 2007).

Nos dicionários pesquisados, esses conceitos não possuem mudanças significativas. Segundo o Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa, saúde é um substantivo feminino que significa “estado de coisa ou indivíduo que é são, que tem as funções orgânicas regulares”; também tem sentido de “vigor” e representa uma saudação e/ou brinde, dependendo da situação (AMORA, 1999, p. 663). A doença, por sua vez, é conceituada como a “falta ou perturbação da saúde”; também é considerada um “mal, moléstia, enfermidade” (AMORA, 1999, p. 235).

Um pouco mais objetivo, o minidicionário Houaiss da língua portuguesa considera a saúde como um “estado do organismo livre de doença”; significa também “força física, vigor” e tem relação com um voto que as pessoas utilizam quando alguém espirra ou faz um brinde (HOUAISS, 2010, p. 702). A doença está ligada a um “distúrbio da saúde de um humano, animal etc., manifestado por sintomas, enfermidade, moléstia” (HOUAISS, 2010, p. 270). Algumas concepções de saúde e doença foram emblemáticas e, mesmo seculares ou milenares, permanecem no cenário social, perpassadas por uma visão mágico-religiosa, pelas ideias de equilíbrio e harmonia, de saúde como ausência de doença e pelo modelo biomédico, utilizado com maior frequência para determinar os processos de saúde e doença.

No modelo mágico religioso ou xamanístico, os (as) autores (as) pesquisados (as) situam tais concepções a partir do período compreendido, segundo Reis (1998), de 2600-323 a.C até 776 a.C, na Mesopotâmia e no Egito, onde a doença era vivenciada como um castigo divino, uma maldição, ocasionada pelos pecados que

os indivíduos cometiam de transgressões aos mandamentos sagrados, originando-se as doenças visíveis como a cólera e a lepra, bem como a guerra, a fome e os desastres ambientais (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Orlações eram oferecidas aos deuses com o objetivo de cessar as punições. Essa perspectiva ficou conhecida como 'modelo mágico-religioso ou xamanístico'. Também no período até 476 d.C, a população acreditava que forças sobrenaturais ligadas à natureza causavam as doenças, de modo individual ou coletivo, a partir do desrespeito às divindades. Feiticeiros e xamãs eram chamados para restaurar as ligações com a natureza e afastar os espíritos ruins que estavam nas pessoas. Nesse período também se iniciaram estudos mais analíticos acerca da saúde e da doença (REIS, 1998; SCLIAR, 2007; CRUZ, 2009).

Relacionando-se ao pecado, as concepções de saúde e doença, no período compreendido entre 500-1500 d.C, evidenciaram o poderio da Igreja Católica e o modo como a purificação da alma era essencial para livrar-se dos castigos de Deus e, conseqüentemente, das doenças a que eram acometidas a população. Nesse período, denominado Idade Média, houve incontáveis epidemias e pestes, a exemplo da lepra e varíola, em que a população afetada era condenada ao isolamento, em local intitulado 'hospital'. Apesar do domínio da igreja, algumas atitudes ligadas à saúde pública foram criadas e efetivadas, como a proibição da lavagem das peles dos animais e o fornecimento de água tratada para as necessidades dos moradores (BATISTELLA, 2007).

Concepções mais naturalísticas acerca dos processos de saúde e doença iniciaram-se com a medicina da Grécia Antiga, ainda que a cultura grega associasse diversos deuses e deusas à saúde, a saber, *Higeia* e *Panacea* que, respectivamente, representavam a higiene e a cura. Salienta-se que, no tocante à cura, os gregos também utilizavam plantas e métodos naturais, com ervas, pedras e mãos, para além dos ritos religiosos. As ervas eram utilizadas para reduzir as dores e agilizar a cicatrização, as pedras para cauterizar as feridas e a imposição das mãos para curar e abençoar (SCLIAR, 2007; TEIXEIRA; OKADA, 2009).

Embora houvesse esses processos de saúde e cura das doenças, a Grécia Antiga ficou marcada pela teoria naturalista e racionalista do considerado pai da medicina, Hipócrates de Cós (460-370 a.C), (REIS, 1998). O modelo hipocrático relacionava a saúde e a doença a causas naturais do equilíbrio e harmonia vital, caracterizado por ele pela existência de quatro humores no corpo – a bile amarela

(no fígado), a bile negra (no baço), a fleuma ou linfa (no cérebro) e o sangue (no coração). Hipócrates então percebia o homem como um sistema ordenado através desses fluídos, e o desarranjo desse equilíbrio como um estado de doença, bem como um estímulo que a natureza realiza para o homem se reequilibrar (CANGUILHEM, 1943/2009; REIS, 1998; SCLIAR, 2007; CRUZ, 2009; ALMEIDA FILHO, 2011).

Nessa direção, a saúde e a doença eram então concebidas como um equilíbrio ou desequilíbrio desses elementos, relacionados também ao ar, à água, ao ambiente e à alimentação dos sujeitos. O filósofo pré-socrático Alcmeon (510 – V a.C) pregava que as circunstâncias do desequilíbrio eram derivadas do ambiente físico, dos astros e do clima, reforçando as ideias de Hipócrates e caracterizando esse período, em que as pessoas deveriam seguir um estilo de vida concernente com as leis naturais do ambiente, como produtor de um modelo holístico de saúde, em que a doença faz parte do homem e tem a intenção de cura para um novo equilíbrio, diferente do modelo de integralidade atual, que considera essencial a interação entre aspectos biopsicossociais dos sujeitos (CANGUILHEM, 1943/2009; REIS, 1998; SCLIAR, 2007; CRUZ, 2009).

Relacionado às concepções acima, o equilíbrio e harmonia como sinônimos, em uma perspectiva biológica e física, integram a visão da medicina experimental positivista fundamentada pelo médico fisiologista Claude Bernard (1813-1878), autor que defendia o saber científico para determinar os processos de saúde e doença e que foi criador da 'expressão meio interno'. Atualmente essa expressão vincula-se à ideia de homeostase, criada pelo fisiologista Walter Canon, por volta de 1929, caracterizada pela autorregulação por meio das células e sistemas biológicos, garantindo a estabilidade do meio interno e seu equilíbrio, e, dessa forma, uma boa saúde. Nessa perspectiva, se há uma alteração do meio interno e o organismo, por intermédio da homeostase, não consegue compensá-la, ocorre a doença (ALMEIDA FILHO, 2011; JANCZUR, 2013).

A ideia de equilíbrio e harmonia é criticada pelo filósofo da medicina, o norte-americano Christopher Boorse, que embora tenha seu nome pouco mencionado e citado nas bibliografias relacionadas à saúde coletiva no Brasil, tem publicações que reformulam conceitos de saúde e doença. A saber, Boorse considera inconsistentes valores morais na concepção de saúde, pois eles reduzem a neutralidade, sendo a idealização incompatível com o ideal biologicista. Desse modo, Boorse incentiva

uma análise nos moldes biológicos, que resultaria na expressão 'saúde como ausência de doença' ou na perspectiva negativa da saúde. As reformulações de Boorse atingem a lógica fisiológica de homeostase, ao considerar que doenças como surdez, paralisia e esterilidade não configuram quebra do equilíbrio e sim alterações biológicas, não sustentando, assim, a teoria da homeostasia (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; ALMEIDA FILHO, 2011).

De acordo com a ideia de saúde como ausência de doença, baseada na concepção boorseana, esta se desenvolve a partir do funcionamento natural de cada parte que resultaria na saúde do organismo, sendo, assim, uma questão objetiva. De forma individual, um organismo saudável deveria agir de maneira normal e livre de agentes patológicos. Segundo a teoria de Boorse, os organismos seguem um comportamento direcionado para um objetivo; alguns exemplos são o suor para o calor, a adrenalina para o estresse, a digestão para a alimentação, dentre outros. Desse modo, quando o sistema não funciona de maneira normal ele torna-se imperfeito. Essa visão boorseana é criticada, pois suprime fatores econômicos, sociais, culturais e psicológicos que perpassam os processos de saúde e doença (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BATISTELLA, 2007).

Ressalta-se que o modelo biomédico está vinculado à conjuntura do renascimento e ao método de René Descartes (1596-1650), filósofo e matemático francês criador do discurso do método, cujas ideias produziram o cartesianismo, que, para além da separação mente-corpo, também se baseou na identificação de todos os pontos para a aceitação da verdade, separação de todas as partes para poder examiná-las e solucioná-las, através do pensamento ordenado, da simplicidade e revisão sistemática e completa dos elementos de um discurso (REIS, 1998; BARROS, 2002; CRUZ, 2009). Laplantine (2010) considerou que esse modelo subtrai o sujeito, sua história e suas subjetividades e que estas práticas, institucionalizadas, levam o indivíduo a perceber-se vulnerável e fraco diante da doença, sem poder decidir, agir e refletir acerca da sua própria experiência de adoecimento.

Atualmente, e de forma mais prevalente, existem concepções de saúde e doença que avançam na perspectiva do conceito de saúde ampliado, com foco nos determinantes sociais da saúde e tendo o sujeito como protagonista das suas percepções de saúde e doença. As discussões desses modelos são importantes para a construção e o entendimento dos processos de saúde e doença, pois focam

nas questões de iniquidades sociais, vivenciadas por um conjunto da população que sofre com situações que são poupáveis, indevidas e dispensáveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007).

As práticas de saúde também avançam para uma visão mais expandida, para além das práticas individuais de saúde, que fazem parte do estilo de vida pessoal de cada sujeito e que podem ser influenciadas por fatores externos, como a mídia e os grupos em que o sujeito esteja inserido, a exemplo da atividade física, alimentação saudável e práticas terapêuticas biomédicas, que realizam o tratamento e a cura das doenças. As práticas se ampliam para o coletivo, com foco nas ações realizadas para a saúde de toda a população de forma equitativa, contribuindo para o bem-estar social, bem como para as práticas religiosas, integrativas e complementares, realizadas em igrejas, grupos de apoio, centros espirituais, espaços recreativos, utilizadas pela população de forma coletiva e/ou individual, contribuindo para a saúde e a cura de doenças (ACIOLI, 2006; TROVÓ & SILVA, 2002).

Com relação às Práticas Integrativas e Complementares (PICS), o Ministério da Saúde, através da Portaria nº145/2017, ampliou as possibilidades de procedimentos. Agora, para além dos que já existiam na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC/SUS) de 2006, a saber, acupuntura, fitoterapia, homeopatia, termalismo social/crenoterapia e medicina antroposófica, o SUS oferece também arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático, reiki, terapia comunitária, dança circular/biodança, yoga, oficina de massagem/automassagem, auriculoterapia e massoterapia (BRASIL, 2017).

No que concerne às concepções e práticas ligadas à saúde e doença de estudantes homens de cursos superiores da área da saúde, encontramos um número reduzido de estudos que abordem o tema em questão. As pesquisas voltadas para a saúde da população universitária geralmente referem-se ao consumo de alimentos saudáveis e/ou práticas de atividade física. Com relação ao conteúdo referente às percepções sobre a saúde e a doença, os estudos referem-se, de modo predominante, ao público de homens trabalhadores (GOMES, 2008; GOMES, 2010).

Entretanto, as pesquisas relacionadas à saúde e à doença dos homens vêm ascendendo, desde o final da década de 1970, em uma perspectiva norte-

americana. Na América latina, os estudos começaram a emergir a partir da década de 80, com as altas taxas de morbimortalidade masculina. Baseado nesses dados e no aumento progressivo deles no país, o Brasil criou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pensando na vulnerabilidade dos homens às doenças e no pouco cuidado com a sua saúde (BRASIL, 2009; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; RODRIGUES & RIBEIRO, 2012).

Historicamente os homens acreditam que o cuidado tem relação com a feminilidade e, portanto, deve ser atribuído às mães, companheiras e profissionais da área da saúde. Vale considerar que essa visão vem sendo problematizada, discutida e aos poucos desconstruída, e que, ao longo das mudanças sociais é possível identificar outras concepções e modos de se colocar frente à saúde, pois os homens vêm se cuidando mais e sendo cuidadosos uns com os outros, se distanciando do padrão de masculinidade hegemônica construído socialmente como modelo dominante de ser homem, incluindo outras masculinidades que são plurais e variam de acordo com a cultura e a época (CONNEL, 1995; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011; COELHO et al, 2016).

Percebe-se que há uma importância em estudar, transmitir e compreender saberes acerca da saúde e doença de forma equitativa e igualitária, englobando as particularidades sociais, de gênero e raça/etnia. Desse modo, estudos sobre esta temática têm como um dos objetivos contribuir para melhorar as condições de vida dos sujeitos, considerando que saúde e doença têm demandas que se modificam a cada época. Tais condições de vida envolvem saneamento básico adequado para toda população, criação de ambientes saudáveis, melhores condições de trabalho respeitando a saúde e a subjetividade do (a) trabalhador (a), de modo a ampliar a expectativa de vida de homens e mulheres, incluindo os fatores socioculturais que influenciam a morbimortalidade das pessoas (BUSS, 2000; GIDDENS, 2005; BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007).

A inserção dos estudos sobre a saúde dos estudantes homens tende a melhorar o entendimento sobre as concepções e práticas desse segmento, com efeito, tanto na esfera coletiva, em conjunto com seus familiares, amigos (as) e companheiras (os), quanto na individual. A pesquisa pode fortalecer a desconstrução de estereótipos sobre os homens, a construção de novas masculinidades, compreendendo que este segmento da população tem demandas

específicas, necessitando de cuidado e qualidade de vida (SCHWARZ; MACHADO, 2012).

Diante disso, o objetivo deste estudo é analisar as concepções, autopercepção e práticas ligadas à saúde e à doença, dos estudantes do gênero masculino do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa 'Concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença' e ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS) que tem, como uma de suas linhas de pesquisas a de 'saberes e práticas de saúde'.

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo, realizada junto aos alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), ingressos no semestre de 2014.1 nos turnos diurno e noturno. O total de ingressantes do gênero masculino, nesse ano, foi de 79 alunos e participaram desta pesquisa 76 estudantes. Para a coleta de dados aplicou-se, como instrumento de pesquisa, um questionário semiestruturado, contendo 33 perguntas acerca das concepções e práticas de saúde dos estudantes. Esse questionário é utilizado em alguns dos estudos realizados no grupo de pesquisa citado anteriormente. A aplicação do questionário foi realizada no IHAC, nos pavilhões de aula da federação (PAF) III e V, durante o início das aulas, no âmbito do componente curricular HACA10 Introdução ao Campo da Saúde.

As respostas dos alunos foram digitadas no processador de texto *Microsoft Word*® e analisadas de forma qualitativa, explorando o caráter subjetivo de cada conteúdo escrito pelos sujeitos (MINAYO & SANCHES, 1993). As repostas de caráter objetivo foram analisadas no editor de planilhas *Microsoft Office Excel*®, sendo contabilizadas em número absoluto de estudantes e porcentagem. Os dados coletados foram analisados com base na análise de conteúdo temática de Bardin (2009). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA e os estudantes participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) durante a coleta de dados.

Para a estruturação da dissertação em formato de artigos, seguiram-se as recomendações dispostas na Resolução nº 003/2011, do PPGEISU (UFBA, 2011). Para tanto, como produtos desta pesquisa, foram elaborados três artigos, obedecendo às recomendações específicas de cada periódico.

2. ARTIGOS

Nesta parte, apresentaremos os três artigos que compõem esta dissertação, conforme as instruções de cada periódico submetido. O primeiro artigo, intitulado 'Concepções e auto-percepção ligadas à saúde e à doença de estudantes universitários do gênero masculino', foi submetido à Revista E-Psi – Revista Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde, associada ao Psy Assessment Lab (Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O segundo artigo teve como título 'Práticas de saúde de estudantes do gênero masculino de um curso superior em saúde' e foi submetido à Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, publicada pelo Departamento de Educação – Campus I da Universidade Estadual da Bahia (UNEB). O terceiro artigo, denominado 'Influência da masculinidade nas concepções e práticas de universitários relacionadas à saúde e à doença', foi submetido e aceito para publicação, à Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais, filiada ao Grupo Tiradentes de Sergipe, Centro Universitário Tiradentes – UNIT – Alagoas e Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

2.1 ARTIGO 1

Concepções e auto-percepção ligadas à saúde e à doença de estudantes universitários do gênero masculino

Male university students' conceptions of health and disease and self-perception related to health

Daniele Machado Pereira Rocha¹, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho², & Jorge Luís Lordelo de Sales Ribeiro³

Resumo

As concepções de estudantes universitários ligadas à saúde e à doença, bem como a auto-percepção acerca do estado de saúde são temas ainda pouco abordados. Compreendendo, a partir da literatura, a relação distanciada entre os homens e o cuidado em saúde, há uma necessidade de ampliar as pesquisas na intenção de perceber como os estudantes compreendem a saúde e a doença, e como avaliam o próprio estado de saúde. Nessa direção, o objetivo deste estudo é analisar as concepções de saúde e doença e a auto-percepção ligada à saúde, de estudantes do gênero masculino ingressantes em um curso superior de saúde, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participaram da pesquisa alunos com idade entre 18 e 61 anos, que responderam as perguntas de um questionário semiestruturado, referentes à temática abordada. As respostas foram analisadas nos moldes da análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com relação à concepção de saúde, as respostas mais significativas foram referentes à ideia de saúde como bem-estar, na perspectiva do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), ligada a hábitos de vida, como alimentação saudável e atividade física, constantemente mencionados na mídia. 90% dos estudantes se consideraram saudáveis. Quanto à doença, esta

¹ Bolsista da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade – PPGEISU. E-mail: danielep.rocha@hotmail.com

² Professora Associada da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública. E-mail: therezacoelho@gmail.com

³ Professor Associado da Universidade Federal da Bahia. Doutor em Educação. E-mail: josales@ufba.br

foi associada ao desequilíbrio do corpo e da mente, bem como à dor física e/ou mental. Embora as respostas dos discentes estejam voltadas para uma definição mais distanciada do modelo biomédico de saúde, estas se mostram individualistas, sendo necessário o desenvolvimento, ao longo da graduação, de uma concepção mais ampliada, relacionada aos determinantes sociais, para um pensamento mais coletivo e humanizado.

Palavras-chave: saúde; doença; estudantes; universidade.

Abstract

The conceptions of university students related to health and illness, as well as the self-perception about health status are still little discussed. Understanding from the literature the distance between men and health care, there is a need to broaden the research in order to realize how students understand health and disease, and how they evaluate their own state of health. In this direction, the objective of this study is to analyze the conceptions of health and disease and the self-perception related to health, of male students entering a higher education in health, in Federal University of Bahia (UFBA). The participants of the study were students aged between 18 and 61, who answered the questions of a semi-structured questionnaire, referring to the subject matter. The responses were analyzed according to the Bardin's content analysis model. The study was approved by the Research Ethics Committee (REC) of the Nursing School of the Federal University of Bahia (UFBA) and the participants signed a Free and Informed Consent Term. With regard to the conception of health, the most significant responses were related to the idea of health as well-being, from the perspective of the health concept of the World Health Organization (WHO), linked to life habits such as healthy eating and physical activity, constantly mentioned in the media. 90% of the students considered themselves healthy. As for the disease, it was associated with imbalance of body and mind, as well as physical and / or mental pain. Although students' responses are focused on a definition that is more distanced from the biomedical model of health, they are individualistic, requiring the development of a broader conception, related to social determinants, for a more collective and humanized thinking.

Keywords: health; disease; students; university.

Introdução

As concepções de saúde e doença, bem como as percepções acerca do estado de saúde, vêm sendo abordadas por diversos autores (as) de uma maneira mais ampliada, considerando as subjetividades, culturas, locais em que se vive, etnias, gêneros e religiões. Nessa direção, o conceito de saúde e doença vem sendo estudado e debatido por diversos ângulos, históricos, filosóficos, psicológicos e biomédicos, possibilitando uma abordagem interdisciplinar, com alternativas diversas de discussão e pluralidade de sujeitos (Batistella, 2007; Scliar, 2007; Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2013). Considerando que os estudantes da área da saúde têm a missão de prestar cuidado com um bom acolhimento, conforme os princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário compreender a saúde em seu sentido ampliado, portanto, contemplando os fatores sociais, culturais e econômicos de cada sujeito e os seus saberes (Mori & Rey, 2012).

A partir dessa realidade, adquirem importância os estudos relacionados às concepções, práticas e auto-percepção ligadas à saúde e à doença de universitários do gênero masculino, entendendo que o gênero pode influenciá-los (Gomes, 2003). Elementos sociais e culturais atribuídos aos homens historicamente os colocam em posições de privilégio, a saber, maiores salários, cargos de chefia, reconhecimento social, etc. No entanto, as mesmas condutas que caracterizam o “ser homem” na sociedade, como não chorar, liderar, agir com rispidez, dentre outros, também afetam a sua saúde, diminuindo sua expectativa de vida e agravando quadros de morbidade e mortalidade (Gomes, 2008). Segundo Gomes (2010), reforçado por Figueiredo e Schraiber (2011), os homens, geralmente, não possuem o hábito de discutir e cuidar da sua saúde, muitas vezes porque acreditam serem fortes e, neste sentido, sadios.

Desse ponto de vista, percebe-se a importância do entendimento da pluralidade dos cuidados através da interdisciplinaridade, não somente na teoria, como na prática, transcendendo o modelo biomédico fragmentado e considerando que a saúde vai além de uma disciplina única, direcionando para a necessidade de uma discussão intersetorial, segundo as diretrizes do SUS. Os estudos sobre masculinidade, saúde do homem e universidade seguem esse caminho, avançando o conhecimento a partir da interação entre a educação, sociologia, antropologia,

ciências da saúde, história e psicologia, e dialogando com os saberes de cada sujeito (Vilela & Mendes, 2003; Paim & Silva, 2010).

Alguns dos estudos empíricos que contribuíram e foram utilizados no decorrer deste artigo versam acerca das concepções e práticas dos (as) estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), ligadas à saúde e à doença, quando ingressantes no primeiro semestre de 2009 e concluintes em final de 2011. Também foram consideradas pesquisas com estudantes da Universidade do Porto, em Portugal, e universitários de instituições públicas e privadas dos Estados de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás, que investigaram a temática da saúde em suas relações com o bem-estar subjetivo, a felicidade, a qualidade de vida e a atividade física. Outros estudos com profissionais da área da saúde e trabalhadores de uma forma geral, homens, serviram ainda de base de comparação em relação à autopercepção da saúde, pois não foram encontrados estudos sobre este tema com estudantes universitários.

Considerando essa lacuna na literatura, o objetivo deste estudo é analisar as concepções de saúde e doença e a auto-percepção acerca da saúde, entre estudantes do gênero masculino do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, de modo a compreender o que estes estudantes pensam sobre a saúde e a doença, bem como sobre o próprio estado de saúde, e os significados que lhes atribuem.

Concepções contemporâneas de saúde e de doença

Concepções, conceitos e definições de saúde e de doença tendem a mudar de acordo com o tempo, região, valores, cultura, etc. Na perspectiva etimológica, a palavra saúde origina-se do espanhol *salud*, que provém do latim *salus (salutis)*, que significa salvação, conservação da vida, integridade, cura, completude e bem-estar (Almeida Filho, 2000; Luz, 2008). A doença, por sua vez, provém do latim *dolentia*, de *dolens, entis*, que quer dizer causar/sentir dor, amargurar. Conforme esses conceitos e suas respectivas origens, a saúde e a doença são objetos complexos, perpassados por perspectivas religiosas, biomédicas e holísticas de bem-estar (Almeida Filho, 2000; Rezende, 2011).

As abordagens atuais acerca da saúde e da doença revelam, assim, a amplitude de tais conceitos, ao englobarem fatores biomédicos, religiosos, racionais e integrais de saúde e doença (Cruz, 2009). Dessa forma, serão comentados aqui os

seguintes modelos de compreensão desses fenômenos: o biomédico, o ampliado de saúde, o sistêmico, o processual e o dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A teoria biologista que reduz o corpo humano à funcionalidade dos órgãos fundamenta o 'modelo biomédico', que concebe a doença a partir do mau desempenho das funções do corpo, local em que se buscam todas as suas causas, desprezando os fatores sociais. Georges Canguilhem, filósofo e médico francês, critica esse modelo biomédico considerando-o reducionista e mecanicista. Ele parte da ideia de que a saúde vai além das funções internas do organismo e que, embora a objetividade seja necessária na prática médica, ela não é autossuficiente (Batistella, 2007).

O antropólogo francês François Laplantine também critica o modelo biomédico segundo o qual as doenças derivam sempre de imperfeições do organismo humano. Desse modo, o sujeito é colocado em segundo plano e suas relações interpessoais, bem como seu modo de vida, são desvalorizadas (Laplantine, 2010). Outras fragilidades desse modelo, apontadas por Giddens (2005), são: a doença observada como decadência do corpo humano, divergindo do seu estado de normalidade; separação entre o corpo e a mente; destaque para a cura do sujeito, reduzindo seu bem-estar; excesso de especialização; e pedantismo médico, ao considerar-se como único responsável pela cura.

Devido às variadas críticas ao modelo biomédico, autores debatem a necessidade de uma medicina preventiva, para além da curativa. Há um consenso de que a prática médica deve voltar-se para a promoção da saúde e prevenção de doenças, com currículos que abarquem disciplinas para além da anatomia, fisiologia, etc., e que façam referência às relações do indivíduo com o ambiente, reconhecendo os problemas de saúde derivados das condições de vida da população (Czeresnia et al, 2013).

Nessa direção, os médicos Hugh Leavell e Edwin Clark lançaram, em 1958, a primeira edição do livro intitulado 'Medicina Preventiva', explicando os processos de saúde e doença a partir de uma perspectiva causal, na qual há uma relação direta entre o agente responsável pela doença, o hospedeiro e o meio ambiente. O 'modelo processual' ou modelo da 'História Natural das Doenças (HND)' é caracterizado pelos períodos da pré-patogênese e patogênese. Embora o HND tenha iniciado um processo de transição do modelo biomédico, incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, este ainda apresenta características naturais

dos processos de saúde-doença, enfatizando mais o aspecto preventivo do que o social (Czeresnia, 2004; Cruz, 2009; Almeida Filho, 2011).

Um modelo que envolve características positivas da saúde, contrário à negatividade biomédica reducionista, e que parte da integralidade, é o ecossistêmico, que inclui elementos patogênicos, econômicos, políticos, culturais, ambientais e sociais nos processos de saúde e doença, de modo que o desequilíbrio de um desses promove alteração em todos os outros. Esse modelo entende que a saúde e a doença são objetos complexos e interdependentes, sendo importante para discutir sobre as relações entre as condições de vida da população e os processos de saúde e doença (Batistella, 2007; Cruz, 2009; Almeida Filho, 2011; Ceballos, 2015).

O modelo que abarca os fatores econômicos, sociais, culturais, étnicos, raciais, psicológicos, comportamentais, como influência direta para problemas de saúde e razão para fatores de risco da população, é o dos 'Determinantes Sociais da Saúde (DSS)'. De acordo com esse modelo, fatores individuais não podem ser utilizados para explicar situações de saúde de uma população e, nem sempre, um alto Produto Interno Bruto (PIB) de um Estado Nação reflete melhores indicadores de saúde, pois se não há equidade na distribuição e uso desses recursos, não há saúde (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Badziak & Moura, 2010).

O modelo dos DSS está ligado ao conceito ampliado de saúde, elaborado na VIII Conferência de saúde, ocorrida em Brasília, em 1986, no contexto de redemocratização do país e no movimento da Reforma Sanitária brasileira. Nesse período, os movimentos sociais 'levantaram a bandeira' pela democracia na saúde, colocando o Estado como responsável pela mesma e esta como direito de todos os cidadãos, "garantido mediante políticas sociais e econômicas à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, p. 116), incentivando, assim, não só a prevenção de doenças, mas a promoção da saúde de toda a população (Batistella, 2007; Paim, 2008).

Uma compreensão da concepção de saúde baseada nos princípios do SUS pode tornar o profissional mais humanizado, capacitado e preparado para compreender e problematizar a situação de saúde vivenciada pela população. Isto se torna essencial na medida em que propõe discutir a saúde levando em consideração fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, para além dos

aspectos biológicos e individuais. Compreende-se a importância dos fatores biológicos, mas entende-se que, para uma grande parte da sociedade, que fora privada dos direitos equitativos de saúde, o ideal de concepção pode estar direcionado para o coletivo, garantindo o acesso de todos, informando e construindo saberes de forma intersetorial e interdisciplinar (Vasconcelos & Pasche, 2006).

Autopercepção acerca da saúde e da doença

O estado de saúde é permeado por aspectos biológicos, físicos e subjetivos, caracterizando uma condição multidimensional que engloba o desempenho, estado físico, mobilidade, dor, incapacidade, humor, bem-estar, desconforto, dentre outros fatores (Almeida Filho, 2011). Existem questionários que são utilizados por pesquisadores da área epidemiológica, com o objetivo de mensurar a percepção de saúde/doença dos sujeitos. Nos estudos acerca da autopercepção, autores afirmam que características não relacionadas à clínica médica são levadas em consideração e a percepção de saúde depende também de fatores como as condições sociais e econômicas, bem como o gênero, a idade, a presença ou ausência de enfermidades. Salienta-se que, mesmo não possuindo doenças, as pessoas podem não se sentir saudáveis e vice-versa. Os autores entendem que é necessário que o sujeito identifique como está sua própria saúde, uma vez que suas práticas e seus hábitos serão influenciados por essa condição e perspectiva do bem-estar individual. Nessa direção, as percepções e comportamentos relacionados à saúde é o que conta, entendendo que estes também podem afetar a saúde de todos ao seu redor (Theme Filha, Szwarcwald & Souza Junior, 2008; Gomes, 2010; Moreira, Santiago & Alencar, 2014).

O gênero tem relação direta com a percepção sobre o estado de saúde dos sujeitos, devido aos papéis que ainda são atribuídos socialmente a homens e mulheres. Estudos que abordaram esta temática, comparando os resultados entre os gêneros, perceberam que, no universo masculino, a maioria considerava como boa sua condição de saúde. Embora os homens, historicamente, tenham se distanciado das práticas de saúde tanto individuais quanto coletivas, e dos serviços de atenção primária, por considerarem estas atividades estritamente femininas, eles se consideram na maioria saudáveis, uma vez que saúde significa força e vitalidade, características essenciais da masculinidade hegemônica que, embora parcialmente desconstruída, continua permeando o imaginário coletivo (Figueiredo, 2005;

Agostinho, Oliveira, Pinto, Balardin & Harzheim, 2010; Sousa, 2013; Sousa, Queiroz, Florencio, Portela, Fernandez & Pereira, 2016).

Metodologia

Este é um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, pela possibilidade de dimensionar as concepções de saúde e doença e percepção da própria saúde a partir das respostas livremente dadas pelos participantes. Segundo Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa aproxima mais o sujeito e o objeto, envolvendo motivos, intenções e ações de atores sociais. Oliveira (2007) contribui informando que a abordagem qualitativa tem o objetivo de investigar o significado e as particularidades de cada conjuntura em que se encontram os pesquisados. Minayo e Sanches (1993), a respeito da pesquisa quantitativa, expõem que o objetivo central desta é analisar dados mensuráveis de grandes grupos. No entanto, as duas abordagens se complementam, no sentido de embasar e tornar a pesquisa mais qualificada.

Participantes

Este estudo integra uma pesquisa maior, que investiga as concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença. Foi realizado com 212 estudantes, do total de 245 alunos recém-ingressos no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no início do primeiro semestre letivo de 2014. Para a realização deste artigo, foram analisadas as respostas dos estudantes do gênero masculino, dos turnos diurno e noturno.

O total de ingressantes homens nesse ano foi de 79 alunos, dos quais 76 estudantes participaram desta pesquisa, com idades que variavam de 18 a 61 anos. Usamos parte dos dados sócio demográficos dos discentes, como religião, local onde reside, natureza da instituição onde concluíram o ensino médio e se possuíam outra graduação concluída, para relacionar com as respostas obtidas.

Instrumentos

Utilizou-se um questionário semiestruturado contendo 33 perguntas acerca das concepções, autopercepção e práticas ligadas a processos de saúde e doença, incluindo dados sóciodemográficos. Neste artigo foram selecionadas 06 perguntas

desse instrumento, referentes à concepção de saúde e doença e percepção da própria saúde desses estudantes: 'O que é saúde para você?', 'Você se sente saudável?', 'Que cinco palavras você mais associa a saúde?', 'O que é doença para você?', 'Você se sente doente?', 'Que cinco palavras você mais associa a doença?'.

Procedimentos

As respostas às perguntas abertas relacionadas à concepção de saúde e doença foram digitadas no processador de texto *Microsoft Word*® e analisadas de forma qualitativa, explorando o caráter subjetivo de cada conteúdo escrito pelos participantes (Minayo & Sanches, 1993). As respostas às perguntas acerca da autopercepção de saúde e doença, de natureza objetiva, foram analisadas no editor de planilhas *Microsoft Office Excel*®, sendo contabilizadas em número absoluto de estudantes e porcentagem. As cinco palavras que os estudantes mais associaram à saúde e à doença foram computadas através do *software* 'INSITE', um contador de palavras online.

O INSITE fornece um relatório estatístico detalhado sobre o vocabulário do texto, informando a quantidade de ocorrências de cada palavra, o tamanho das palavras, frequência de letras, listagem das palavras por ocorrência e em ordem alfabética, dentre outros dados. As palavras associadas ao termo saúde totalizaram 340 palavras, das quais 174 foram diferentes umas das outras, incluindo também os sinônimos. Dos 76 participantes da pesquisa, 73 responderam todas as 05 palavras ou menos. Relacionadas à doença, foram obtidas 360 palavras no total, sendo que, dos 76 participantes da pesquisa, 75 apresentaram todas as 5 palavras ou menos. Desse total de 360 palavras, 132 foram diferentes umas das outras, incluindo também os sinônimos.

Os dados coletados foram analisados com base na análise temática de conteúdo, de Bardin (2009), que a define como uma união de técnicas visando alcançar o detalhamento do conteúdo que, neste caso, se caracteriza pelas respostas dos sujeitos, interpretadas à luz da revisão de literatura. Segundo Bardin (2009), a análise temática é realizada tomando como referência palavras, resumos, textos, dentre outros elementos que podem significar algo para o objetivo central do estudo. Podemos operacionalizá-la criando categorias e, se necessário, subcategorias que auxiliarão na organização das respostas dos estudantes, por similaridade, e na interpretação dos dados produzidos.

Nessa direção, após a leitura dos dados, que Bardin (2009) situa como um elemento essencial da pré-análise, houve a categorização das unidades de análise, que serão utilizadas tanto para as questões 'O que é saúde para você?' e 'O que é doença para você?', quanto para as perguntas 'Que cinco palavras você mais associa a saúde?' e 'Que cinco palavras você mais associa a doença?'. As categorias elaboradas para a saúde foram: 'saúde como bem-estar individual e\ou coletivo'; 'saúde como qualidade de vida socialmente determinada'; 'saúde como estilo de vida'; 'saúde como felicidade'; 'saúde como equilíbrio e\ou harmonia'; 'saúde como vida' e 'outros'. Para a doença, as categorias formuladas foram: 'doença como ausência de saúde e\ou mal-estar'; 'doença como dor'; 'doença como anormalidade e\ou distúrbios'; 'doença como desarmonia e\ou desequilíbrio'; 'doença como morte' e 'outros'. Após a categorização, houve a descrição e interpretação dos dados de acordo com a análise de conteúdo temática de Bardin (2009) e a literatura científica sobre o tema.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o nº. 741.187, respeitando os dispositivos da Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Os estudantes participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de participação, e responderam de forma integral ou parcial as perguntas citadas, de forma livre e não identificável.

Resultados

Os resultados mais expressivos obtidos com o questionário, no tocante aos dados sócios demográficos, expressaram que 45% dos estudantes têm entre 18 e 19 anos de idade e 40% têm de 20 a 29 anos. Referente à religião, 37% são católicos, 18% evangélicos, 11% não possuem religião e 11% são espíritas. Quando perguntados sobre a natureza da instituição em que concluíram o ensino médio, 45% dos estudantes responderam 'pública' e 45% 'privada'. Quanto a ter cursado outra graduação, 84% dos discentes responderam que 'não' e 16% que 'sim'. 67% dos estudantes são residentes de Salvador, 24% vieram do interior da Bahia, 7% da Região Metropolitana de Salvador (RMS) e 4% dos Estados de São Paulo e Espírito Santo.

Esses dados sóciodemográficos apontam que a diferença de porcentagem entre as idades dos participantes de até 19 anos e a faixa etária de 20 a 29 anos é

pequena, sendo este segmento do curso majoritariamente composto por adultos jovens (85%). Observamos que a quantidade de alunos oriundos de escola pública vem crescendo (45%), se compararmos com um estudo realizado com ingressantes no BIS, em 2009, em que 67% dos estudantes entre homens e mulheres eram provenientes de escolas particulares (Teixeira & Coelho, 2014).

A maior parte dos estudantes declarou ter ao menos uma religião (66%), estar ingressando na universidade pela primeira vez (84%) e ser oriunda da capital baiana (67%). Essa última característica pode estar ligada ao processo de interiorização das universidades e a presença do BIS em outras universidades da Bahia, como a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), que têm ofertado maior possibilidade de estudo universitário em cidade ou região mais próxima à de residência.

Tomar-se-á como referência para a apresentação dos resultados e discussão as categorias descritas na metodologia. A letra S será utilizada no início das respostas, indicando cada sujeito que respondeu ao questionário, facilitando a compreensão e discussão dos resultados obtidos através da literatura revisada.

Em relação aos cinco termos associados à saúde, os que apareceram com maior frequência foram, em ordem decrescente, 'alimentação' (36 respostas / 48%), 'esporte' (32 respostas / 44%), 'bem-estar' (23 respostas / 32%), 'felicidade' (21 respostas / 28%) e 'vida' (19 respostas / 24%).

Quanto às respostas à pergunta aberta sobre a concepção de saúde, obtivemos, também em ordem decrescente, 47 respostas (63%) na categoria 'saúde como bem-estar individual e/ou coletivo'; 22 respostas (30%) na categoria 'saúde como equilíbrio e/ou harmonia'; e, por fim, 5 respostas (7%) na categoria 'saúde como qualidade de vida socialmente determinada'. A tabela 1 abaixo mostra esses resultados categorizados.

Tabela 1 – Concepções de saúde dos estudantes do BIS, 2014

Categoria	Participantes (%)	Trechos de respostas
Saúde como bem-estar individual e/ou coletivo	45 (59%)	Saúde é tudo aquilo que é saudável, que causa sensação de bem-estar. Nome dado ao estudo e estado físico/mental em que se encontra algo/alguém (S.04). Saúde, para mim, se configura como o bem-estar de um indivíduo. É prezar por uma vida saudável e prevenir-se contra doenças que tirem este indivíduo do seu estado de paz e prejudique-o (S.08)
Saúde como equilíbrio e/ou harmonia	15 (20%)	De acordo com alguns filósofos e sanitaristas, o conceito de SAÚDE ainda é indefinido; porém de acordo com a “teoria” dos humores, proposta por Hipócrates, saúde é a harmonia entre esses humores, para o funcionamento ideal do corpo (S.46). Equilíbrio físico, mental e social (S.74).
Saúde como qualidade de vida socialmente determinada	5 (7%)	(...) político e cultural, ou seja, é ter uma boa educação, um renda adequada, lazer, esporte, entretenimento. Não somente a ausência de enfermidades, embora seja um componente importante (S.33). (...) qualidade de vida promovida pelo acesso às condições básicas de educação, trabalho, moradia e lazer (S.59).

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação às cinco evocações associadas à doença, as que apareceram com maior frequência, em ordem decrescente, foram: ‘dor’ (26 respostas / 36%), ‘mal-estar’ (15 respostas / 20%), ‘remédio’ (13 respostas / 17%), ‘hospital’ (12 respostas / 16%) e ‘morte’ (12 respostas / 16%).

Quanto às respostas à pergunta aberta sobre a concepção de doença, obtivemos, também em ordem decrescente, 39 respostas (53%) na categoria ‘doença como desarmonia e/ou desequilíbrio’; 17 respostas (23%) na categoria ‘doença como anormalidade e/ou distúrbios’; e, por fim, 7 respostas (9%) na categoria ‘doença como ausência de saúde’. Vide tabela 2.

Tabela 2 – Concepções de doença dos estudantes do BIS, 2014

Categoria	Respostas (%)	Trechos de respostas
Doença como desarmonia e/ou desequilíbrio	30 (39%)	É um estado patológico, onde há desarmonia entre os sistemas, seja físico ou mental (S.24).
Doença como anormalidade e/ou distúrbios	17 (23%)	Doença não deixa de ser uma ausência da saúde, mas é também um desequilíbrio fisiológico do ser humano (S.54). Sensação de desconforto ou anomalias corporais (anatômicas) (S.02).
Doença como ausência de saúde	07 (9%)	É a vulnerabilidade no qual o corpo passa de seu estado normal para anormal (S.72). Ausência de saúde (total) (S.13). Ausência de saúde em algum dos fatores sociais, espirituais ou físicos (S.63).

Fonte: elaborada pelos autores

Em relação à percepção sobre a própria saúde, as respostas com relação a sentir-se saudável corresponderam a 91% dos discentes, totalizando 69 estudantes que se consideraram sadios. Apenas 9% não se consideraram assim. Quando perguntado o inverso, sobre a condição de estarem doentes ou não, 92% responderam que não se consideravam doentes (70 alunos), ao passo que 8% acreditavam estar doentes. A diferença entre as respostas dessas duas perguntas quanto ao sentimento de não estar saudável e o de estar doente foi de apenas 1%, de modo que podemos hipotetizar que, para a grande maioria desses estudantes, a percepção de não estar saudável coincide com a de estar doente.

Discussão

A saúde como 'bem-estar individual e/ou coletivo' configurou-se como a categoria com maior número de respostas (63%). Podemos relacionar essa ideia com o conceito de saúde da OMS, que embora criticado por autores como Segre e Ferraz (1997) e Sá Júnior (2004) na perspectiva da impossibilidade de se alcançar um perfeito estado de bem-estar, é comumente reproduzido. Essa ideia de saúde envolve aspectos da subjetividade apenas parcialmente, pois até mesmo as sensações de mal-estar podem se tornar benéficas para alguns, sendo associadas à melhora e superação em determinados setores da vida.

O termo 'bem-estar', associado à saúde, também foi evocado por 23 estudantes (32%), na questão 'Quais as cinco palavras você mais associa a saúde', sendo também relacionado, por alguns autores de estudos ligados ao 'bem-estar subjetivo', à felicidade, qualidade de vida e sucesso pessoal (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Dela Coleta e Dela Coleta, 2006; Albuquerque, Noriega, Martins, Ribeiro & Neves, 2008). Essas pesquisas compreendem e avaliam o modo como os sujeitos vivenciam suas experiências pessoais e como estas influenciam a saúde. Dentre elas, os estudos realizados com estudantes universitários evidenciam que o bem-estar dos discentes associa-se majoritariamente ao rendimento acadêmico, qualidade do sono e expectativa de sucesso profissional (Siqueira, Padovam, 2008; Dela Coleta, Lopes, Dela Coleta, 2012).

A associação da saúde ao equilíbrio e/ou harmonia está ligada à interação do homem com o meio ambiente, social e corporal, e desde a Grécia antiga influencia e aprimora os conceitos de saúde, uma vez que a criação de ambientes saudáveis em consonância com a preservação ambiental é estratégia de promoção da saúde e fator de qualidade de vida, junto às dimensões físicas e mentais pensadas como um todo (Buss, 2000; Cavalcanti; 2005; Batistella, 2007).

O equilíbrio e a harmonia também são mencionados por Gadamer (2000), ligados à história de vida dos sujeitos, para além de processos médicos e biológicos. Essa ideia de Gadamer também está presente nas respostas dos estudantes do BIS, de 2009, em que estes atribuíram a saúde ao equilíbrio corporal e à falta de modificação mental e física, estes últimos interpretados, pelas autoras desse estudo, como fruto do equilíbrio entre a saúde, o meio ambiente e a sociedade (Coelho, Santos, Silva & Oliveira, 2014).

Na categoria saúde como qualidade de vida socialmente determinada, as respostas dos estudantes relacionam-se à perspectiva das boas condições de vida e trabalho, incluindo moradia, segurança, políticas públicas, lazer, educação, economia, biologia e esporte. Alunos de 2009 do BIS citaram a ligação dos DSS com os processos de saúde e doença e, apesar da baixa frequência dessas respostas nas duas pesquisas, isto sinaliza uma visão mais sensível aos problemas de saúde e a necessidade de trabalhar tais aspectos ao longo do curso, aspecto essencial da formação acadêmica em saúde (Buss, Pellegrini Filho II, 2007; Coelho et al, 2014; Teixeira, Coelho, 2014).

A qualidade de vida também está associada, na literatura, a um conjunto de mecanismos desenvolvidos para medir a habilidade dos sujeitos em realizar atividades do cotidiano, que leva em consideração o papel desempenhado na sociedade e sua idade. Também considera a eficiência de um método de cura e tratamento de uma enfermidade e os efeitos disto no sujeito. Entretanto, essa perspectiva não foi apresentada nas respostas deste estudo (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Fleck, 2008).

Houve alguns termos relacionados à saúde, na resposta à pergunta 'Quais as cinco palavras você mais associa a saúde', que não foram apresentados nas respostas à pergunta 'O que é saúde para você'; dentre eles, 'alimentação' (36 respostas, 48%) e 'esporte' (32 respostas, 44%). Essas palavras se referem a um modelo de estilo de vida que, segundo Nahas, Barros e Francalacci (2000), corresponde a práticas do dia a dia da população, que são influenciadas por crenças e convicções, estando também associadas a concepções de qualidade de vida e a práticas de saúde saudáveis. Nessa direção, embora este estudo se refira a concepções de saúde e doença, os estudantes citaram, em grande quantidade, termos relacionados a práticas, o que demonstra uma relação entre as concepções e as práticas. De acordo com Nahas et al. (2000), essas práticas fazem parte de um conjunto de ações associadas a um estilo de vida benéfico para a saúde.

Os estudos com alunos do primeiro ano de 2009 do BIS e do último semestre de 2011 do mesmo curso identificaram, de forma majoritária, a relação entre a atividade física, a alimentação saudável e a saúde. Mais de 50% dos estudantes consideraram esses fatores como essenciais para se estar bem com o corpo, ter uma boa noite de sono e prevenir doenças. Na perspectiva geral da saúde do homem, a atividade física e a alimentação também integram um conjunto de hábitos fundamentais para conquistar uma boa saúde. No entanto, Gomes (2010) critica os meios de comunicação, que incentivam tais práticas a partir do individualismo e da conquista do corpo ideal, associando estes hábitos a um padrão de corpo e à conquista de sucesso através do trabalho, do relacionamento com amigos e companheiras (os) (Badziak, Moura, 2010; Silva, 2013).

Outro termo muito associado à saúde pelos estudantes foi 'felicidade', correspondendo a 21 respostas (28%). Mas o que seria essa felicidade? Será que existe pré-requisito para ela? Segundo Czeresnia et al. (2003), a saúde tem relação com a vitalidade e a felicidade. Frédéric Lenoir (2016), filósofo, sociólogo e

historiador, por sua vez, entende que não há uma fórmula de felicidade para todos (as), abominando publicidades que constantemente tentam inculcar métodos para atingi-la. A felicidade, segundo esse autor, varia de acordo com a cultura, com os desejos e as ambições, sendo, antes de tudo, subjetiva. Uma pessoa feliz em um momento pode não estar mais feliz em outro. Pensando nessa direção, o autor critica psicólogos que trabalham com a teoria do bem-estar subjetivo, entendendo que os instrumentos utilizados para verificar o grau de contentamento do indivíduo são, na maioria das vezes, para avaliar o seu estado naquele momento da pesquisa.

Alguns estudos com estudantes da Universidade do Porto, em Portugal, com universitários de instituições públicas e privadas dos Estados de Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás, que analisaram o grau de bem-estar subjetivo e a felicidade de estudantes universitários, utilizando a metodologia criticada por Lenoir (2016), alcançaram resultados que apontaram para a saúde, paz, dinheiro, educação e sucesso na escolha do curso como essenciais para a felicidade. Percebeu-se que as estudantes estavam mais satisfeitas com sua vida, contrariando o estudo de Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), segundo o qual os homens tendem a ser mais alegres que as mulheres (Dela Coleta, Dela Coleta, 2006; Gonçalves & Kapczinski, 2008; Lopes, Dela Coleta, 2012).

A quinta palavra mais evocada com relação à saúde foi 'vida', com 19 respostas (24%). Esse é um termo complexo, associado, na perspectiva biomédica hegemônica, à funcionalidade, capacidade e desempenho dos órgãos do corpo e, conseqüentemente, ao exercício das atividades cotidianas (Minayo, 1997). Um dos significados da palavra vida no minidicionário Houaiss (2010) é determinação, vigor, energia que mantém viva os seres que pertencem à natureza. De acordo com Canguilhem (1943/2009), a saúde é uma norma de vida flexível, que tem a possibilidade de mudança e de reestruturação. Ela é caracterizada pela capacidade de confrontar os perigos e prevalecer sobre eles.

Numa perspectiva econômica, a concepção de saúde como vida tende a estar relacionada à necessidade de produção, pois foi socialmente construída a ideia de que o corpo foi feito para a execução de tarefas. No modelo capitalista, a necessidade dos jovens ingressarem no mercado de trabalho, formal e/ou informal, é grande e considerando que 85% dos alunos do curso em que esta pesquisa foi realizada são de jovens adultos, eles podem apresentar noções de responsabilidade

relacionadas à vida, saúde e produção, ligadas aos ideais de masculinidade (Minayo, 1997; Santos, 2007).

Com relação às categorias ligadas às concepções de doença, a maior porcentagem de respostas entre os discentes se concentrou na ideia de doença como ‘desarmonia e/ou desequilíbrio’. Essa ideia remete às perspectivas hipocrática e cartesiana. Na primeira, do período hipocrático, o desequilíbrio ou a desarmonia é resultado da doença, mas a doença não é um infortúnio, mas sim uma busca de reequilíbrio do organismo. Essa concepção está também presente no hinduísmo e na medicina chinesa. O desequilíbrio entre o ser humano e o meio ambiente, mencionado por um dos estudantes (S.54), não seria caracterizado, então, como algo ruim, mas faria parte da natureza (Oliveira, Egry, 2000).

A segunda vertente, relacionada ao desequilíbrio fisiológico, está ligada ao pensamento positivista, centrado no organismo, segundo o qual cada doença possui um método específico de cura (Hegenberg, 1998). Segundo Hans-Georg Gadamer (1900-2009), a doença se sustenta a partir de elementos imprevisíveis; deste modo, criticando o método cartesiano, aponta que a medicina deve ter um olhar unificado sobre a doença e não para os motivos que levaram a esse desequilíbrio.

A segunda categoria mais citada, ‘doença como anormalidade e/ou distúrbios’, remete à teoria do médico francês René Leriche, segundo a qual “não são mais a dor ou a incapacidade funcional e a enfermidade social que fazem a doença, e sim a alteração anatômica ou o distúrbio fisiológico” (Canguilhem, 1943/2009, p. 35). Canguilhem critica essa visão da doença, partindo do princípio de que disfunções e anomalias não são patologias, mas se referem “ao sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência” (Canguilhem, 1943-2009, p. 53), sendo, assim, uma nova norma de vida, em que caberia ao sujeito decidir o que seria normal e/ou patológico para si, vivenciando experiências. Nesse caso a saúde não implicaria a cura e sim uma possibilidade de lidar com as mudanças da vida.

Laplantine (2010), com pensamento semelhante ao de Canguilhem e distante da concepção biomédica de anormalidade das funções orgânicas, compreende que o doente deve ser tratado em primeira pessoa, devendo a ele a atribuição de sentidos a seus sentimentos. Uma pesquisa realizada no ano de 2009 com 131 estudantes do BI, homens e mulheres, revelou que 7% deles, cerca de nove alunos (as), consideraram a doença como anormalidade, diferente da realidade atual, em que 17 estudantes (23%), de um grupo de 76 pessoas, fazem essas mesmas

considerações. As autoras do estudo de 2009 consideraram essas respostas como ligadas ao discurso biomédico, antagônicas à perspectiva de normalidade de Canguilhem, considerada progressista e revolucionária dada a conjuntura positivista da época (Coelho et al, 2014).

As repostas obtidas e alocadas na categoria 'doença como ausência de saúde' (9%) podem ser associadas à ideia inversa de saúde como ausência de doença, presente no modelo biomédico, difundido nos estudos sobre o objeto saúde e comum nas concepções de saúde da população, configurando uma tautologia (Batistella, 2007). Almeida Filho e Jucá (2002), a partir da crítica ao modelo de saúde proposto por Boorse, tendem a considerar essas expressões como uma analogia de respostas opostas, mas que possuem o mesmo sentido, implicando uma dificuldade de definir a saúde e a doença e apontando que estas concepções são complexas e subjetivas.

Em pesquisa realizada com estudantes do primeiro ano do BIS de 2009 (Coelho et al, 2014), percebemos que a expressão 'doença como ausência de saúde' não foi mencionada de maneira significativa (não foi citado seu percentual), sendo a doença discutida em conjunto com outros termos mencionados pelos discentes, como debilidade, desarmonia, dentre outros, diferentemente dos resultados deste estudo, em que houve uma quantificação dessas respostas. Na pesquisa de 2009, as autoras também consideraram tal resposta como antagonicamente simétrica ao conceito de 'saúde como ausência de doença', relacionando-a ao modelo biomédico hegemônico, apesar de perceberem que essa perspectiva não foi majoritária.

Houve alguns termos relacionados à doença, na resposta à pergunta 'Quais as cinco palavras você mais associa a doença', que não foram apresentados nas respostas à pergunta 'O que é doença para você', dentre os quais 'dor' (26 respostas, 36%). A dor se insere em um contexto que vai além dos aspectos físicos e biológicos, refletindo também características subjetivas e psicológicas dos sujeitos.

Devido a sua complexidade, foi criada, no final de 1970, uma Associação Internacional para o Estudo da Dor, que a definiu como uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano" (Almeida, Costa Junior, Doca & Turra, 2010, p. 368). Segundo essa mesma associação, cada sujeito, em sua subjetividade, compreende a dor a partir de suas experiências (Almeida et al, 2010).

Podemos, assim, considerar a dor desses estudantes para além da dimensão física. Muitos dos discentes homens do BIS são oriundos do interior da Bahia (24%) e de outros estados do país (4%). O afastamento do ambiente familiar e a residência em outra cidade, intensificados pela pouca idade dos discentes, pois a maioria tem 18 anos (26%) e vivenciam a primeira experiência dentro de um curso superior (84%), podem estar ligados a essa quantidade de respostas relacionadas à dor. Coulon (2008) é um dos autores que apresenta fatores que podem dificultar a afiliação à universidade e gerar fracasso ou abandono da mesma, podendo também ser referenciado quanto à experiência de dor nesta realidade de sofrimento e angústia.

O segundo termo mais associado à doença pelos discentes foi 'mal-estar' (15 respostas, 20%). A ideia de mal-estar remete tanto a uma perspectiva psicológica e subjetiva (Freud, 1930/1980; Orejuela, 2014), quanto à perspectiva biomédica, referente a aspectos biológicos ligados a alterações do organismo (Minayo, Hartz & Buss, 2000). O mal-estar, do ponto de vista biomédico, é um dos primeiros indícios de que algo não vai bem com o corpo e os profissionais de saúde tendem a atuar no abrandamento deste desconforto, de modo a evitar possíveis agravos. O mal-estar também está relacionado à concepção de masculinidade tradicional, quando, segundo Korin (2001), afeta os homens na inibição dos seus sentimentos e no distanciamento dos cuidados com a saúde.

Os terceiro e quarto termos relacionados à doença pelos estudantes foram, respectivamente, 'remédios' (13 respostas, 17%) e 'hospital' (12 respostas, 16%). Acerca disso, percebe-se que, entre os estudantes do BIS, que ingressaram no curso em 2009, a automedicação e a procura por serviços médicos corresponderam a 26% e 74%, sendo justificadas pela existência de leves sintomas que não necessitavam de cuidados específicos e pela procura por assistência médica quando estão doentes. Em outro estudo com estudantes universitários homens, egressos do BIS no ano de 2011, as respostas obtidas revelaram que a maioria dos discentes só recorria aos cuidados médicos quando doentes (Coelho, et al, 2014; Coelho, Santos & Rocha, 2016).

Os estudos sobre a saúde do homem têm apontado para o distanciamento dos mesmos em relação aos serviços de saúde, embora esta realidade esteja sendo desconstruída. A percepção dos homens acerca das Unidades Básicas de Saúde (UBS) está ligada à feminilização e fragilidade, sendo este um local pouco

apropriado para pessoas que não desejam ser associadas a tais características e que reproduzam, em seu pensamento, o modelo hegemônico de masculinidade. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) confirma a presença majoritária de homens em serviços de alta complexidade quando sentem dor, o que os tornam mais vulneráveis às doenças. A automedicação também se relaciona com essa perspectiva, uma vez que, quando doentes, os homens preferem amenizar a dor se automedicando do que buscando os serviços de saúde (Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002; Brasil, 2009; Gomes, 2016).

A associação da doença à 'morte' foi realizada por 12 estudantes (16%). Embora, em alguns momentos da vida, as pessoas se depararem com a frase 'a única certeza da vida é a morte', muitas não gostam de conversar sobre o tema, que é algo inerente à fauna, à flora e ao ser humano. Esse é um processo irreversível, ligado ao ciclo vital do nascimento, crescimento, reprodução e morte, aprendido desde a infância, com o qual se tem dificuldade de lidar (Schramm, 2002).

A doença associada à morte tem relação biológica direta, segundo Minayo (2007), com a interrupção da função dos órgãos. Culturalmente, saúde, doença e morte associam-se ao contexto social de cada sujeito, embora seja mencionado que existe, frequentemente, uma aflição relacionada a elas. A religião dos indivíduos, o local onde residem, o modo como foram construídos e se construíram subjetivamente influenciam essas concepções e as relações que se estabelecem entre elas. Neste estudo, os estudantes que associaram a doença à morte (16%) informaram não ter uma religião definida (10%) e residirem majoritariamente em Salvador (15%).

Em relação à auto-percepção de saúde, os homens em geral tendem a não se considerarem doentes, seja para não precisarem de atendimento em unidades de saúde ou para se afirmarem enquanto fortes e viris. A procura por serviços ocorre geralmente em situações de agravo, refletindo o modelo de masculinidade hegemônica (Schraiber, et al., 2010). Almeida Filho (2011) entende que o estado de saúde depende de várias dimensões, podendo ser analisado do ponto de vista de um observador, que indica se o sujeito está ou não doente, ou pelo próprio sujeito, a partir de questionários que avaliam fatores como "desempenho, condição física, mobilidade, bem-estar emocional, humor, incapacidade, dor ou desconforto" (Almeida Filho, 2011, p. 55).

Nesta pesquisa, 91% dos estudantes se consideraram saudáveis. Em estudo realizado com estudantes do BIS em 2009, 79% dos discentes, entre homens e mulheres, se consideravam saudáveis (Coelho, et al, 2014). Em nova pesquisa, produzida em 2011 com 12 universitários homens egressos do BIS, nove deles (75%) se consideravam saudáveis, sendo que um não sabia dizer se estava doente ou não, alegando as múltiplas dimensões deste processo de percepção da saúde/doença (Coelho, Santos & Rocha, 2016).

É notório que as realidades são distintas e variáveis, e que o universo de homens que não se cuidam não reflete a totalidade de todos e nem os participantes deste estudo refletem toda a comunidade universitária. A percepção acerca do estado de saúde, como vimos, é construída a partir de determinantes sociais e culturais. Por tal razão os resultados das pesquisas refletem uma necessidade de aprofundar as relações entre saúde e gênero, repensando os motivos das respostas dos participantes e o modo como se pode desconstruir modelos que atribuem aos homens a repressão dos cuidados em saúde.

A partir de tudo o que foi exposto, verificamos que estudos que trabalham com concepções e autopercepção de estudantes do ensino superior da saúde são extremamente importantes. O modo com que os discentes percebem um objeto complexo de pesquisa, bem como o seu estado de saúde, pode refletir na sua conduta durante o curso e posterior a este. A realização de pesquisas com universitários homens, além de se constituir em uma fonte comparativa para outros estudos, permite perceber como estes estudantes pensam a saúde e a doença, se conforme o modelo biomédico, medicalizado, como enfatizam estudos da saúde do homem, ou se por meio de um modelo ampliado de saúde, desconstruindo uma visão pautada nos moldes da masculinidade hegemônica.

Com relação à saúde, a maior parte das repostas a associaram ao bem-estar tanto individual, relacionado à saúde física e mental, quanto ao coletivo, pensando na influência do meio social na saúde, refletindo a importância que a definição da Organização Mundial da Saúde tem para esses estudantes, afastando-os de um olhar apenas individualizado, embora eles ainda estejam distantes de uma concepção voltada para o coletivo como prioridade. As respostas associadas aos determinantes sociais da saúde foram mencionadas por um número muito reduzido de estudantes e, compreendendo que estes responderam a um questionário no início do curso, percebe-se a importância de um curso interdisciplinar em saúde -

como o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde - para ampliar os horizontes destes universitários.

Outra reposta muito citada pelos alunos foi a relação da saúde com a atividade física e a alimentação saudável, hábitos que são recomendados constantemente nos meios de comunicação e por meio da medicina, que contribuem tanto para a prevenção de doenças, quanto para a promoção da saúde, quando inserida nas agendas de políticas públicas equitativas para a população. De maneira concordante com estudos anteriores e com autores da temática saúde do homem, a maioria dos estudantes se considera saudáveis e, embora não se conheça os motivos mais subjetivos que justificam esta reposta, ela nos direciona para a possibilidade de ampliação desta discussão, compreendendo os motivos pelos quais os discentes percebem seu estado de saúde/doença de determinada maneira.

Percebemos, por meio das respostas dos estudantes, que estes majoritariamente associam à doença a dor e/ou desconforto, o desequilíbrio e desarmonia, podendo isto ter relação com fatores relacionados à vida acadêmica, como o distanciamento dos pais e familiares, bem como com disfunções relativas ao corpo e à mente concebidos de forma dicotômica, e ao meio ambiente, como fator importante para a desestabilização da saúde. Concepções relacionadas à definição de doença como ausência de saúde e de bem-estar, assim como a ligação da doença com medicamentos e hospitais foram mencionadas em menor quantidade, sendo este resultado positivo, dado a conjuntura biomédica da doença que continuamos vivenciando e as pesquisas que indicam as elevadas taxas de automedicação e inserção dos homens em setores de alta complexidade.

Desse modo, a partir do que foi mencionado pelos universitários acerca das concepções dos processos de saúde e doença e da auto-percepção de saúde/doença, destacamos as ideias dos estudantes homens da área da saúde e ampliamos o debate acerca da relação entre gênero e saúde, na universidade, pensando em uma sociedade com homens mais próximos da temática, discutindo com mulheres e outros homens os benefícios de se abordarem a saúde e a doença a partir de uma perspectiva ampliada, beneficiando a todos de forma igualitária. Nessa direção, o curso em que estão inseridos poderá contribuir de maneira significativa para a qualidade e amplitude da diversidade que compõe o campo da saúde.

Referências

- Agostinho, M. R., Oliveira, C. M., Pinto, M.E.B., Balardin, G.U., Harzheim, E. (2010) Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 5 (17), 9-15.
- Albuquerque, F. J. B., Noriega, V., Martins, J. A., Ribeiro, C., Neves, M. T. S. (2008). Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. *Psicologia para América Latina*, (13).
- Almeida Filho, N. (2000). Qual o sentido do termo saúde?. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2), 300-301.
- Almeida Filho, N., Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & saúde coletiva*, 7 (4), 879-889.
- Almeida, F. F., Costa Junior, A. L., Doca, F.N.P., Turra, V. (2010). Experiência de dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil. *Temas em psicologia*, 18 (2), 367-376.
- Almeida Filho, N. (2011). *O que é saúde?*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Badziak, R. P. F., Moura, V. E. V. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 3 (1), 69-79.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4th ed). Lisboa, PT: Edições 70.
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F (Ed.), *O território e o processo saúde-doença*(pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ.
- Brasil. (1988). *Constituição Federal da República*. Brasília: Governo Federal.
- Brasil. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília/DF: Ministério da Saúde.
- Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Buss, P.M., Pellegrini Filho II, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 77-93.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico* (6thed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Cavalcanti, D. R. M. (2005). O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. *CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, 1 (9), 53-60.
- Ceballos, A. G. C. (2015). *Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde*. Recife: UNASUS UFBE.
- Coelho, M.T.A.D., Santos, V.P., Rocha, D.M.P. (2016). Concepções e práticas de saúde e doença de alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: Coelho, M.T.A.D., Teixeira, C.F (Eds). *Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde* (pp.117-128). Salvador: EDUFBA.
- Coelho, M.T.A.D., Santos, V.P., Silva, B.M., Oliveira, E.M.R. (2014). Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: Teixeira, C.F., Coelho, M.T.A.D. (Eds). *Uma experiência inovadora no ensino superior. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde* (pp. 111-126). Salvador: EDUFBA.
- Coulon, A. (2008). *A condição de estudante: a entrada na vida universitária*. Salvador: EDUFBA.
- Cruz, M. M.(2009). Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Oliveira, R. G (Eds). *Qualificação de gestores do SUS* (pp. 1-30). Rio de Janeiro: EAD/Ensp.
- Czeresnia, D., Maciel, E. M. G. S., Oviedo, R. A. M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Czeresnia, D. (2004). Ações de promoção à Saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: Montone, J., Castro, A., Joaquim, W (Eds). *Regulação & Saúde – Volume 3* (pp. 211-240). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). *Subjective well-being: three decades of progress*. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi: 10.1037/0033-2909
- Dela Coleta, J. A., Dela Coleta, M. F. (2006). Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em estudo*, 11 (3), 533-539.
- Dela Coleta, J. A., Lopes, J. E. F., Dela Coleta, M. F. (2012). Felicidade, bem-estar subjetivo e variáveis sócio-demográficas, em grupos de estudantes universitários. *Psico-USF*, 17 (1), 129-139.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & saúde coletiva*, 10 (1), 105-109, 2005.
- Figueiredo, W. S., Schraiber, L. B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 16 (1), 935-944.

Fleck, M. P. A. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Freud, S. (1930/1980). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago.

Gadamer, H. G. (2000). *O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina*. Lisboa: EDIÇÕES 70.

Giddens, A. (2005). *Sociologia*. (4thed). Porto Alegre: Artmed.

Gomes, R. (2008). A saúde e a sexualidade do homem em revista. In: Gomes, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde* (pp. 99-113). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Gomes, R. (2008). Um panorama sobre a saúde do homem. In: Gomes, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde* (pp. 41-58). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Gomes, R. A. (2010). *Saúde do homem em foco*. São Paulo: UNESP.

Gomes, R. (2016). *Relatório final de pesquisa: Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & saúde coletiva*, São Paulo 8 (3), 825-829.

Gonçalves, D. M., Kapczinski, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de saúde Pública*, 24 (9), 2043-2053.

Hegenberg, L. (1998). *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Korin, D. (2001). *Novas perspectivas de gênero em saúde*. Adolescência latinoamericana, 2(2), 67-79.

Laplantine, F. (2010). *Antropologia da doença* (4th ed). São Paulo: WMF Martins Fonseca.

Lenoir, F. (2016). *Sobre a felicidade: uma viagem filosófica* (1th ed). Rio de Janeiro: Objetiva.

Luz, M. T. (2008). Saúde. In: Pereira, I. B (1th ed). *Dicionário da educação profissional em saúde* (pp. 353-356). Rio de Janeiro: EPSJV.

Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & saúde coletiva*, 5 (1), 7-18.

- Minayo, M. C. S. (2007). O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Eds). *Pesquisa social, teoria, método e criatividade*. (26th ed). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Minayo, M.C S. (1997). Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In: Amâncio Filho, A.; Moreira, M.C.G. B (Eds). *Saúde, trabalho e formação profissional* (pp.31-39). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Minayo, M. C., Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 237-248.
- Moreira, T. M. M., Santiago, J. C. S.; Alencar, G. P. (2014). Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. *Revista da escola de enfermagem da USP*, São Paulo, 48 (5), 794-803.
- Mori, V. D., Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, São Paulo, 14 (3), 140-152.
- Nahas, M.V., Barros, M.V.G., Francalacci, V. (2000). O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 5 (2), 48-59.
- Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliveira, M.A.C., Egry, E.Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, 34 (1), 9-15.
- Orejuela, J. J. (2014). *O mal-estar subjetivo derivado da fragmentação do trabalho*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.47.2014.tde-18032015-112739.
- Paim, J. S. (2008). A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18 (4), 625-644.
- Paim, J. S., Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. *Boletim do Instituto de Saúde*, 12 (2), 109-114.
- Pinheiro, S. P., Viacava, F., Travassos, C., Brito, A.S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, 7 (4), 687-707.
- Rezende, J.M. (2011). *Linguagem Médica* (4thed). Goiânia: Kelps.
- Sá Junior, L. S. M. (2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 15-16.
- Santos, W. T. M. (2007). Modelos de masculinidade na percepção de jovens homens de baixa renda. *Barbarói*, (27), 130-157.

- Schraiber, L. B., Figueiredo, W.S., Gomes, R., Couto, M.T., Pinheiro, T.F., Machin, R., Silva, G.S.N., Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26 (5), 961-970.
- Schramm, F. R. (2002). Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (1), 17-20.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17 (1), 29-41.
- Segre, M., Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 538-542.
- Silva, B. F. (2013). *Processo Saúde-Doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Siqueira, M. M. M., Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.
- Sousa, L. G. S. (2013). *As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e a atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu/MG* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais.
- Sousa, A.R., Queiroz, A.M., Florencio, R.M.S., Portela, P.P., Fernandes, J.D., Pereira, A. (2016). Homens no serviço de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30 (3), 1-10.
- Teixeira, C.F., Coelho, M.T.A. D. (2014). A construção do Projeto Político – Pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: Teixeira, C.F., Coelho, M.T.A.D. (Eds). *Uma experiência inovadora no ensino superior*. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (pp. 111- 126). Salvador: EDUFBA.
- Theme Filha, M. M., Szwarcwald, C. L., Souza Junior, P. R. B. (2008). Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 73-81.
- Vasconcelos, C. M., Pasche, D. F. (2006). O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S., Minayo, M.C.S., Akerman, M., Drumond Junior, M., Carvalho, Y. M (Eds). *Tratado de Saúde Coletiva* (pp. 531-562). São Paulo: Hucitec.
- Vilela, E. M., Mendes, I. J. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (4), 525-531, 2003.

2.2 ARTIGO 2

PRÁTICAS DE SAÚDE DE ESTUDANTES DO GÊNERO MASCULINO DE UM CURSO SUPERIOR EM SAÚDE

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho⁴

Daniele Machado Pereira Rocha⁵

Jorge Luís Lordelo de Sales Ribeiro⁶

RESUMO

Atualmente há uma escassez de pesquisas que abordem a temática das práticas de saúde e doença, no sentido coletivo e individual de grupos específicos da população brasileira, em especial a masculina, que possui um histórico de falta de cuidado com a saúde. **Objetivo:** Identificar e analisar as práticas ligadas à saúde e à doença de estudantes do gênero masculino, de um curso superior em saúde. **Métodos:** Os participantes desta pesquisa foram estudantes do gênero masculino, que responderam as perguntas de um questionário semiestruturado. As respostas foram analisadas com base na análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Os estudantes responderam, em sua maioria, que utilizavam práticas de atividade física (AT) e alimentação saudável (AS) para manter uma boa saúde e prevenir doenças. Outras práticas de saúde também foram informadas, como práticas integrativas / complementares e religiosas de saúde, porém em pouca quantidade. **Conclusão:** A maioria das respostas dos alunos (AT e AS) está ligada à concepção de uma boa saúde, podendo significar cuidado, mas também reproduzindo ações reducionistas de saúde. O diálogo com o alunado é importante, no sentido da ampliação das

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Professora Associada da Universidade Federal da Bahia e Coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – SAVIS. Endereço para correspondência: Rua Barão do Jeremoabo, s/n – 306 – Ondina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: therezacoelho@gmail.com

⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade – PPGEISU. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidade. Bacharela em Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – SAVIS. Endereço para correspondência: Rua Barão do Jeremoabo, s/n – 306 – Ondina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: danielerp.rocha@hotmail.com

⁶ Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia. Professor Associado da Universidade Federal da Bahia e Pesquisador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – SAVIS. Endereço para correspondência: Rua Barão do Jeremoabo, s/n – 306 – Ondina, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: josales@ufba.br

práticas de saúde no âmbito coletivo e terapêutico, considerando, inclusive, práticas não convencionais.

Palavras-chave: autocuidado; saúde; estudantes; universidades.

PRACTICES OF HEALTH OF STUDENTS OF GENDER MASCULINE OF A HIGHER COURSE IN HEALTH

ABSTRACT

Currently there is a lack of research that addresses the theme of health practices and disease, the collective and individual sense of specific groups in the Brazilian population, especially the masculine that has a historic of lack of care for the health, according to the literature. **Objective:** To identify and analyze practices related to health and illness of male students, of a course in health. **Methods:** The participants in this study were male students, who answered the questions of a semi-structured questionnaire. The answers were analyzed in the mold content analysis of Bardin. **Results:** The students responded mostly using physical activity (PA) and healthy eating (HA) practices in maintaining good health and prevent disease. Other promotion practices and prevention were also informed as well as integrative / complementary health and religious practices however in small quantities. **Conclusion:** The PA and HA are much related to the design of the students of good health, which can mean care, but also plays standard reductionist actions of health. The dialogue with the student body is important, in the direction of broadening of health practices in the collective scope and at the therapeutic context, considering even unconventional practices.

Keywords: selfcare; health; university; students.

LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE ESTUDIANTES DEL GÉNERO MASCULINO DE UNO CURSO SUPERIOR EN SALUD

RESUMEN

En la actualidad hay una escasez de investigación que aborda el tema de las prácticas de salud y la enfermedad, el sentido colectivo e individual de grupos específicos de la población, especialmente la masculina, que tiene una carencia de cuidado con la salud. **El objetivo:** Identificar y analizar prácticas relacionadas con la salud y enfermedad de estudiantes del género masculino, de un curso superior en salud. **Los métodos:** Los participantes eran estudiantes del género masculino, que respondieron a un cuestionario semi estructurado. Las respuestas han sido analizadas sobre la base de análisis de contenido de Bardin. **Los resultados:** Los estudiantes respondieron que, en su mayoría, usaban prácticas de actividad física y alimentación sana para mantener una buena salud y prevenir enfermedades. También fueron informadas las prácticas religiosas y las prácticas integración / complementario del salud, pero en pequeñas cantidades. **Conclusión:** La mayoría de las respuestas de los estudiantes está relacionada con el concepción de buena salud y puede significar la atención, pero también prácticas reduccionistas de la salud. El diálogo con el alumnado es importante en el sentido de la expansión de las prácticas de salud en el contexto colectivo y terapéutico, teniendo en cuenta las prácticas incluso no convencionales.

Palabras clave: autocuidado; salud; estudiantes; universidades.

Introdução

Desde o final de 1970, as pesquisas relacionadas à saúde e doença dos homens vêm ascendendo, mesmo que em uma perspectiva norte-americana. Esses estudos, em sua maioria fundamentados na produção da cientista social *Raewyn Connell*, evidenciam que a masculinidade hegemônica - conjunto de práticas expressas como padrão, exemplar, associadas aos homens - não inclui o comportamento do autocuidado em relação à saúde (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; CONNELL, 1995).

Na conjuntura latina e brasileira, pesquisas começaram a emergir a partir da década de 80, com as altas taxas de morbimortalidade entre os homens. Em um

desses estudos, feito por Laurenti et al (2005), percebeu-se que, em todas as idades, a maior taxa de mortalidade acontecia nesse segmento. O adoecimento e as mortes ocorridas entre os homens estão ligadas, até os dias atuais, à violência, seja este como executor ou vítima, às neoplasias (a exemplo do câncer de próstata), doenças do aparelho circulatório, digestivo e respiratório (BRASIL, 2009a; PINHEIRO; COUTO, 2008; RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Frente a essa problemática, o Brasil criou, em 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pensando na vulnerabilidade deste segmento populacional às doenças e no pouco cuidado dos homens com a própria saúde. O objetivo principal dessa política é a promoção de ações que auxiliem a compreensão das necessidades de cuidado, na perspectiva social, política, econômica e cultural, visando o autocuidado, a diminuição das taxas de morbimortalidade e a qualidade de vida individual e coletiva (BRASIL, 2009a; CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Nessa direção, faz parte do contexto de vida de qualquer população compreender e realizar práticas de saúde coletivas e individuais. As práticas coletivas são caracterizadas como ações necessárias para que os sujeitos obtenham uma boa saúde, extrapolando o individualismo e pautando-se em ações de promoção da saúde para toda a população, de forma equitativa (BUSS, 2000).

As práticas individuais relacionam-se com as práticas de cura, que são as atividades que auxiliam no enfrentamento de doenças, e com as práticas de preservação da própria saúde, que fazem parte do estilo de vida pessoal de cada sujeito e podem ser influenciadas por fatores externos, como a mídia e os grupos em que o sujeito esteja inserido, envolvendo, neste sentido, aspectos educacionais, familiares e culturais, sendo elas necessárias para a preservação de vida (ACIOLI, 2006). Segundo Escobar e Pico (2013), as práticas de autocuidado são atividades executadas por motivações próprias, para si mesmos, com livre escolha de equipamentos e materiais, cujo objetivo é preservar a vida e a saúde. Nesse âmbito temos também as práticas terapêuticas biomédicas e as práticas integrativas e complementares, que promovem o tratamento/cura de doenças e contribuem para o bem-estar corporal, mental e espiritual; bem como as práticas religiosas / espirituais, realizadas em igrejas, grupos de apoio e centros espirituais, que contribuem para a saúde e a cura de doenças (ACIOLI, 2006; TROVÓ; SILVA, 2002).

Nesse contexto, as práticas de saúde podem ser categorizadas do seguinte modo: práticas coletivas de promoção da saúde; práticas individuais de preservação da saúde (estilo de vida); práticas preventivas (de evitação do surgimento das doenças) e práticas terapêuticas. Essas práticas podem ser biomédicas, integrativas e complementares e/ou religiosas / espirituais. Considerando a importância e a escassez de estudos sobre práticas de saúde de estudantes homens universitários da área da saúde, bem como os possíveis benefícios que pesquisas desta natureza podem trazer para a temática da saúde e do adoecimento de grupos específicos, o objetivo deste artigo é identificar e analisar tais práticas entre estudantes do gênero masculino, ingressantes no primeiro semestre do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (BIS/UFBA).

Promoção da saúde e práticas coletivas de saúde

A expressão 'promover saúde' está ligada à ideia de impulsionar, originar, gerar medidas que não se dirijam a doenças específicas, mas que visem o aumento da saúde e do bem-estar da população de forma equitativa, buscando justiça social, evitando situações injustas e desnecessárias. O conceito de promoção da saúde está diretamente relacionado com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que compreendem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam as condições de vida da população (BUSS, 2000; BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007; CZERESNIA, 2003).

Segundo Czeresnia (2004), o termo promoção da saúde foi primeiramente mencionado por Henry Sigerist, médico historiador que, em 1945, destacou quatro funções essenciais na medicina: promoção da saúde, prevenção de doença, reabilitação e cura. Leavell e Clark, por sua vez, em 1976, conceberam a medicina preventiva, com a história natural das doenças, definindo esta como resultante de todas as interações do agente, hospedeiro e meio ambiente que afetam o processo global e o desenvolvimento do corpo. Esse modelo, no entanto, se baseava na explicação do processo de adoecimento e não dava conta de aspectos crônicos, ou seja, das doenças de longa duração. A partir dessa ineficácia desse modelo, o conceito de promoção da saúde se desenvolveu em suas relações com o modelo dos determinantes sociais da saúde, de Dahlgren e Whitehead, que compreende a saúde a partir das condições de saúde da população, sendo esta uma referência importante para o estudo da promoção da saúde (BUSS, 2000; CZERESNIA, 2004).

Diversas reuniões para debater as ações de promoção da saúde têm sido realizadas pelo mundo. A mais importante delas, e crucial para a criação de novos encontros, foi a Conferência de Ottawa, ocorrida no Canadá em 1986, que estabeleceu cinco elementos essenciais para a operacionalização das práticas de promoção da saúde, sendo eles: implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis favoráveis à saúde; reorientação dos serviços de saúde; reforço da ação comunitária; e desenvolvimento das habilidades pessoais da população, a exemplo do “*empowerment*”, que se caracteriza por proporcionar aos sujeitos um conhecimento sobre a saúde, tanto de forma coletiva quanto individual, de modo a que eles (as) possam enfrentar e buscar, junto aos órgãos competentes, resolver problemas de saúde em sua comunidade, residência ou local de estudo ou trabalho (CARVALHO, 2004; HEIDMANN et al, 2006; SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

No Brasil, também em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que convocou atores sociais, políticos e profissionais da área da saúde para discutirem políticas públicas de saúde, um programa de reforma sanitária, bem como a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de que a saúde é um direito da população e um dever do Estado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Após a criação do SUS em 1990 e amplas discussões, foi aprovada, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo é “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p.19). Essa política abrange práticas coletivas e intersetoriais, de promoção da saúde e prevenção de doenças, ligadas a políticas públicas saudáveis, que envolvem alimentação saudável, atividade corporal, prevenção e controle do tabagismo, prevenção da violência, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, dentre outros aspectos.

Especificamente em relação aos homens, embora, em 2009, tenha sido criada a PNAISH, não vem sendo debatida, com profundidade, nessa política, sua operacionalização. No Plano de Ação Nacional 2009-2011, ligado à PNAISH, foram mencionadas estratégias e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que levaram à execução de medidas voltadas para a educação de diferentes formas de pensar e agir, articuladas com movimentos sociais, integrando homens de todos os segmentos e orientação, bem como estimulando novas práticas de cuidado com

a saúde (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). Embora o conceito de promoção da saúde também esteja ligado a ações individuais, relacionando-se, de acordo com o modelo de Dahlgren e Whitehead, com o estilo de vida da população, essas ações podem ser influenciadas por fatores externos, como a mídia, falta de acesso a alimentos saudáveis, a espaços de entretenimento, dentre outros, fazendo com que o escopo do termo promoção da saúde esteja diretamente ligado à saúde coletiva.

As práticas individuais de saúde

A partir do exposto, percebemos que existem duas linhas conceituais sobre a promoção da saúde: as práticas coletivas ligadas às condições de vida da população e o estilo de vida individual. O conceito de estilo de vida vem sendo debatido desde 1974, quando o tema foi discutido no Canadá, gerando o Informe Lalonde, segundo o qual a mudança de comportamentos e de estilo de vida, ou seja, a promoção da saúde é da responsabilidade dos indivíduos, sendo os mesmos culpabilizados pelo desvio das práticas consideradas saudáveis (BUSS, 2000).

Segundo Nahas et al (2000), estilo de vida saudável significa um conjunto de práticas diárias que conscientemente o sujeito realiza para manter uma qualidade de vida. As ações realizadas podem mudar ao longo dos anos e/ou sofrer influência de fatores tanto hereditários, quanto de idade, cultura e ambiente onde se vive. Matos e Sousa-Albuquerque (2006) assinalam que a falta de exercício físico, o hábito de fumar, a utilização de drogas lícitas e/ou ilícitas, bem como acidentes e práticas sexuais desprotegidas formam um conjunto de práticas que podem possibilitar o adoecimento.

A inexistência de práticas individuais de saúde pode ser associada aos altos índices de morbimortalidade entre homens, em sua maioria devida a fatores externos (violência), neoplasias, doenças do aparelho digestivo e acidentes, fruto, na maioria das vezes, da falta de cuidado (BRASIL, 2009a; NAHAS et al, 2000). Segundo Nahas (1996), existem três características relacionadas ao estilo de vida individual que interferem ou contribuem para a saúde: o nível de estresse, a nutrição e as atividades físicas realizadas. O autor acrescentou a elas fatores como relacionamentos e a não utilização de drogas, formando um pentágono com os seguintes fatores: nutrição, estresse, comportamento preventivo, atividade física e relacionamentos. É importante destacar que a Política de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde define que o que compõe uma alimentação saudável são

alimentos munidos de água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, sendo esses vitais para o bom funcionamento do organismo (BRASIL, 2006).

Nessa direção, e abordando os fatores externos que podem influenciar uma alimentação saudável, Nahas et al (2000), em consonância com o Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), condenam os veículos de comunicação quando estes expõem a população a dietas que se dizem eficazes, com baixos nutrientes, que limitam a quantidade de ingestão de alimentos, provocando, assim, prejuízos à saúde. A informação faz parte de uma vida saudável e o que comemos e bebemos não é somente uma predileção de cada sujeito, mas sofre a ingerência do ambiente social, midiático, familiar, dentre outros (GOMES, 2010; BRASIL, 2006).

Como mencionado anteriormente, o estilo de vida pode sofrer a influência de outros fatores, sendo um deles a mídia. Connell; Messerschmidt (2013) citam o papel dos meios midiáticos como importantes na divulgação de imagens representativas. Com relação aos homens, essas imagens geralmente estão ligadas aos esportes e aos comportamentos de risco. Os autores mostram ainda que se tentado abordar mais os determinantes sociais da saúde na mídia, mas esta continua priorizando a associação de aspectos de cunho sexual/esportivo às práticas de saúde masculinas.

Hoff (2004) cita que a mídia é capacitada para difundir imagens que permeiam o imaginário coletivo e que são frequentemente aceitas. A autora afirma ainda que, no tocante ao corpo masculino, as concepções de atividade física estão direcionadas ao culto ao corpo, à moda e à beleza. Com isso, o interesse pelo público masculino nessa atividade aumenta cada dia mais, pois associada a ela é veiculada a imagem de um corpo ideal, saudável, socialmente aceitável e desejável.

No entanto, embora a mídia tenha a capacidade de motivar as pessoas a reverem suas práticas de saúde, tanto de forma positiva, quanto negativa, a mesma não pode ser colocada em um patamar de poder único e capaz de alienar toda uma população. É necessário que se compreenda que cada sujeito é capaz de criticar e discordar do conteúdo acessado e que seu contexto sócio-político-cultural interfere nas suas escolhas e na absorção das informações que lhe são apresentadas.

Cabe ressaltar que a adoção de práticas individuais de saúde é importante, pois reduz os índices de gordura corporal, sedentarismo, bem como proporciona

bem-estar no cotidiano de vida e de trabalho, auxiliando no controle da depressão, ansiedade, tabagismo e outras drogas. Ela também previne e auxilia no tratamento de doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, neoplasias, hipertensão arterial e estresse, contribuindo para o aumento da expectativa de vida de homens e mulheres (ALVES et al, 2005; SOUZA JUNIOR; BIER, 2008).

Práticas integrativas / complementares e religiosas / espirituais de saúde

As Práticas Integrativas / Complementares (PIC) de saúde são definidas como um grupo de práticas que, na atualidade, não fazem parte da medicina convencional – esta considerada por utilizar em suas ações agentes farmacológicos para tratar as doenças. As PIC utilizam outros recursos terapêuticos e abrangem ações de apoio ao sujeito na prevenção e/ou no tratamento, seja ele espiritual, corporal ou mental, promovendo saúde e prevenindo doenças. Atualmente foram identificadas mais de 231 terapias tradicionais distribuídas pelo mundo, a exemplo de países do continente africano, onde não há facilidade no acesso a medicamentos farmacêuticos. Desse modo, as PIC contribuem para a cura de doenças e para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006; MORALES; MIN; TEIXEIRA, 2015; TROVÓ; SILVA, 2002).

A discussão mais formal acerca das PIC iniciou-se na Conferência Mundial de Ama-Ata, ocorrida 1978 na antiga União Soviética. Nesse debate, a OMS enfatizou a necessidade de uma política que abordasse práticas medicinais populares em benefício da população. No Brasil, as PIC começaram a ser discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, obtendo crescente visibilidade. Em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC/SUS) foi publicada, reconhecendo oficialmente cinco dessas práticas - acupuntura, fitoterapia, homeopatia, termalismo social / crenoterapia e medicina antroposófica (BRASIL, 2006).

A PNPIC tem o objetivo de intervir na prevenção de doenças e na promoção da saúde, com ações que visem à preservação e recuperação dos sujeitos de uma forma humanizada e direcionada para a integralidade da atenção aos usuários do sistema de saúde. Dessa forma, a política é fortalecida pelos princípios norteadores do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Além disso, a PNPIC visa o aumento do número de profissionais capacitados e a melhora na qualidade do

serviço, contribuindo assim para uma maior aderência da população a essas práticas no SUS (BRASIL, 2006).

Salientamos que o reconhecimento e a utilização das PIC contribuem para a melhoria da saúde da população, incluindo a parcela que ainda não possui acesso ao serviço primário, seja pela falta de recurso financeiro e/ou pela distância existente entre sua residência e os postos de saúde. Em alguns casos, a eficácia desses tratamentos pode ser equivalente a dos métodos convencionais. Apesar de eles enfrentarem resistência de aceitação e de divulgação, quando conhecidos facilitam a vida e a saúde da população (BRASIL, 2006; TROVÓ; SILVA, 2002).

No que concerne às práticas religiosas / espirituais ligadas à saúde, embora não exista uma política pública que as englobe, estas são amplamente discutidas na antropologia como importantes no processo de cura e bem-estar de seus seguidores. Os antropólogos afirmam que, em comparação com a medicina convencional (que muitas vezes não explica o motivo do adoecimento no contexto de vida do sujeito), as práticas de saúde realizadas pelas religiões inserem o contexto sociocultural das pessoas que as buscam (COSTA-ROSA, 2008).

Existem no Brasil inúmeros ritos religiosos que possuem caráter de cura, em igrejas evangélicas, terreiros de candomblé, centros espíritas, comunidades indígenas e quilombolas, dentre outras, todas com suas especificidades, seja com o uso das plantas nas religiões de matriz africana e indígena, com as cirurgias espirituais realizadas no espiritismo, como também com as orações feitas nas igrejas evangélicas, ou com as rezas realizadas por rezadeiras (os) em quilombos e interiores do país. Em todas essas práticas há pessoas que buscam mudanças no seu corpo, de ordem física, mental ou espiritual (ANDRADE, 2007; BOTELHO, 2010; COSTA-ROSA, 2008; PIETRUKOWICZ, 2001; VIDAL, 2012).

A religiosidade produz na população uma ligação com o divino e, para muitas pessoas, esse elo proporciona qualidade de vida. A sensação de paz, restauração da autoestima, esperança e enfrentamento dos problemas cotidianos são necessidades que muitos sujeitos almejam satisfazer e que o conseguem através dessas práticas. Tanto as práticas de saúde religiosas / espirituais quanto as integrativas / complementares possibilitam soluções para problemas que a medicina convencional pode não possuir explicações (ANDRADE, 2007; TROVÓ; SILVA, 2002).

Metodologia

Este estudo é parte do resultado de uma dissertação de mestrado e integra uma pesquisa maior, que investiga as concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença, através de um questionário semiestruturado contendo 33 perguntas acerca desta temática. Esse instrumento foi aplicado a 212 estudantes recém-ingressos no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no início do primeiro semestre letivo de 2014, dos quais 79 eram do gênero masculino e 76 participaram desta pesquisa, com idade que variava entre 18 e 61 anos.

Foram selecionadas, do questionário, 08 perguntas referentes às práticas de saúde desses alunos: 'Que ações você considera importantes para manter a saúde?', 'Quais dessas ações você realiza para manter a sua saúde?', 'Que ações você considera importantes para prevenir doenças?', 'Quais dessas ações você já realizou para prevenir doenças?', 'O que você faz quando está doente?', 'Sobre sua alimentação, assinale seus hábitos', 'Agora falaremos sobre seu hábito de praticar atividade física', 'Qual (is) são as práticas integrativas / complementares e/ou religiosas que você utiliza?'. Os sujeitos participantes do estudo responderam ou não a todas as perguntas acima citadas, de forma livre e sem identificação.

Os dados coletados foram analisados com base na análise de conteúdo, focando na análise temática de Bardin (2009), que a define como uma união de técnicas visando alcançar o detalhamento do conteúdo que, neste caso, se caracteriza pelas respostas dos sujeitos, interpretadas à luz da revisão de literatura. Desse modo, a análise e interpretação dos dados foram feitas a partir dos seguintes passos e da seguinte forma: as respostas das quatro primeiras perguntas, que eram abertas, foram digitadas no processador de texto *Microsoft Word*® e analisadas de forma qualitativa. As demais perguntas, de natureza objetiva, continham a opção de assinalar um ou mais itens e foram analisadas no editor de planilhas *Microsoft Office Excel*®, sendo contabilizadas em número absoluto de estudantes e porcentagem.

As respostas dos participantes da pesquisa foram distribuídas em quatro categorias gerais, algumas com subdivisões, a saber: **práticas individuais de preservação da saúde**, que comportam as subcategorias alimentação saudável, atividade física e outras práticas; **práticas coletivas de promoção da saúde**, sem subcategorias; **práticas de prevenção de doenças**, com as subcategorias

alimentação saudável, atividade física e outras práticas; **práticas terapêuticas**, com as subcategorias práticas médicas/profissionais, automedicação, práticas integrativas / complementares e tratamentos religiosos. Essas categorias e subcategorias foram construídas a partir das respostas dadas pelos estudantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o nº 741.187, respeitando os dispositivos da Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Os estudantes participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) de participação. Declaramos que não há conflito de interesses na elaboração do trabalho.

Resultados e discussão

Os resultados obtidos com o questionário, no tocante aos dados sóciodemográficos, demonstraram que, na maioria, 86% dos estudantes eram solteiros, 37% católicos, 45% dos estudaram em escola 'pública', 45% em escola 'privada', 84% não possuíam outra formação acadêmica, ao passo que 16% possuíam. Todos os estudantes responderam ser do gênero masculino. Tomar-se-á como referência para a apresentação dos resultados e discussão as categorias descritas na metodologia. A letra S será utilizada no início das respostas, indicando cada sujeito que respondeu ao questionário.

Práticas coletivas de promoção da saúde

Do total de participantes desta pesquisa, apenas seis estudantes citaram aspectos relacionados a essas práticas. Apesar disso, as respostas alocadas nesta categoria indicam que esses alunos entendem que a saúde vai além da responsabilidade do indivíduo. Tal achado sugere uma aproximação dos mesmos com o cuidado com os outros, além do autocuidado (MINAYO, 2010).

S22. Saneamento básico adequado, educação de qualidade, informação, atendimento ao indivíduo de forma universal, infraestrutura.

S26. Políticas públicas afirmativas, efetivas e resolutivas, que promovam ações adequadas para proporcionar o bem-estar social.

As respostas destacadas acima demonstram uma concepção ampliada de saúde, relacionando-se com a 3ª camada do modelo de Dahlgren e Whitehead dos determinantes sociais da saúde, que indicam o trabalho, renda, educação, lazer, saneamento, agricultura, habitação e serviços de saúde como essenciais para a promoção da saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007).

Todos os estudantes que responderam ao questionário são do 1º semestre do BIS/UFBA, sendo que 16% responderam que já possuem outra graduação concluída. Não temos a informação do curso realizado anteriormente, mas podemos associar as respostas referentes à promoção da saúde a informações adquiridas possivelmente com essa formação em outro curso de nível superior, de forma direta ou indireta.

Para além de toda a literatura mencionada acima, Gomes (2010) cita, em seu livro sobre a saúde do homem, que a informação é essencial para uma boa saúde. Desse modo, se faz necessário colocar em prática mais estudos relativos à promoção da saúde nos currículos dos cursos de saúde, bem como nas escolas, para que mais estudantes tenham acesso à perspectiva da promoção da saúde, que extrapola a noção da saúde centrada na ausência de doença.

Práticas individuais de preservação da saúde

Analisando as respostas categorizadas como práticas de preservação da saúde e suas subdivisões, percebe-se que tais práticas circulavam, em sua grande maioria, entre a atividade física e a alimentação saudável. Ao todo foram 64 respostas de estudantes para práticas de atividades físicas, que incluíam também a palavra “esporte”, mas sem especificação do tipo. Houve 55 respostas correspondentes à alimentação saudável. Algumas delas estão destacadas abaixo:

S2. Ter uma alimentação saudável (...) Prática de atividades físicas.

S63. Manter uma boa alimentação (...) Realizar atividades físicas diárias.

Podemos observar e relacionar o grande número de respostas relacionadas à atividade física/exercício físico e alimentação saudável a uma mudança de discurso com relação à necessidade de preservação da saúde. O estilo de vida desses discentes pode ou não estar sendo influenciado pelo desejo de uma melhora no

desempenho físico, o que, associado com uma dieta balanceada, proporciona um corpo que é difundido pela mídia como ideal, conforme o contexto cultural e o meio onde estão inseridos. Sendo assim, o binômio atividade física e alimentação é importante tanto para a melhoria da saúde, como para o conjunto de práticas necessárias para o pertencimento a um grupo social.

Com relação às outras respostas de preservação da saúde apresentadas pelos estudantes, incluídas na subcategoria 'outras práticas', obtivemos respostas relativas ao hábito de lavar as mãos, ao uso de protetor solar, consumo de líquidos, higiene pessoal, uso restritivo de fumo e álcool, evitação do estresse, boa noite de sono, descanso, comunhão com Deus, equilíbrio mental e namoro com responsabilidade. Todas essas respostas totalizaram 74. Alguns fragmentos delas podem ser observados abaixo:

S2. (...) higiene (...) prevenção (...).

S33. Namorar nosso companheiro com responsabilidade.

Ao analisar as respostas dos alunos, destacamos a presença de uma compreensão mais alargada sobre as práticas de preservação da saúde, pois alguns deles citam, além do que é destacado na mídia, o relacionamento com seus parceiros, o sono e o descanso também como necessários para uma boa saúde. As respostas também estão relacionadas com o pentágono do bem-estar, uma vez que incluem o uso do protetor solar - indicado para evitar a exposição com excesso ao sol e prevenir câncer de pele e envelhecimento antecipado -, uso de preservativos – a fim de não contaminar-se com doenças sexualmente transmissíveis (DST), bem como o não uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, que podem provocar sérios problemas sociais, comportamentais e psicológicos (BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007; NAHAS, 1996; NAHAS et al, 2000).

Práticas de prevenção de doenças

As práticas de prevenção de doenças, apresentadas pelos alunos, foram praticamente as mesmas práticas individuais de preservação da saúde: alimentação saudável e atividade física. Nesse sentido, é importante destacar que os estudantes relacionam mais a preservação da saúde à prevenção de doenças e vice-versa. Tal

aspecto pode ser explicado pelo fato de 84% dos discentes não possuírem outra graduação concluída e não ser comum nas escolas haver explicações sobre a diferença entre práticas de prevenção de doenças, que implicam o conhecimento epidemiológico para se conhecer e combater os riscos antes que se adoça, e práticas de promoção da saúde, que podem ser individuais ou coletivas (BUSS, 2000).

As demais práticas de prevenção apresentadas pelos alunos foram agrupadas na subcategoria 'outras práticas', referente à higiene, ingestão de líquidos, uso restritivo de álcool e outras drogas, vacinação, qualidade do sono, equilíbrio espiritual, comunhão com Deus, descanso e equilíbrio corporal. A seguir, estão algumas dessas respostas: S44. "(...) Prevenção e orientações de doenças (...)"; S70. "(...) Boa higienização com tudo que lidamos, vacinação, métodos preventivos (...)".

É importante destacar que, para os participantes desta pesquisa, essas práticas fazem parte de um conjunto de ações importantes para prevenir doenças, que envolvem religião, relacionamentos saudáveis e cuidados com o corpo. Essas ações podem evitar doenças como cânceres, arboviroses – doenças transmitidas por mosquitos, a exemplo da dengue -, depressão, tabagismo, hipertensão, dentre outras. Elas contribuem para a prevenção de doenças tanto em homens quanto em mulheres, já que as mesmas não fazem distinção de gênero, nem de etnia (ALVES et al, 2005; SOUZA JUNIOR; BIER, 2008).

Nas subcategorias 'atividade física' e 'alimentação saudável', obteve-se o maior número de respostas dos estudantes, ou seja, 38 e 37 respectivamente.

S2. Praticar exercícios físicos (...) manter uma alimentação balanceada.

S49. Fazer atividade física (...) manter boa alimentação.

O conjunto 'atividade física e alimentação saudável' novamente congrega o maior número de respostas dos estudantes e corrobora com outras questões do questionário, em que percebemos também a independência dos estudantes na prática da atividade física. 49% dos discentes disseram praticar tal atividade, mesmo sem orientação. No que concerne ao hábito alimentar desses discentes, percebemos que, de forma geral, as respostas com números significativos estão relacionadas ao consumo de mais de 2 litros de água por dia (71%), consumo de

verduras e frutas diárias (53% e 51%) e mínimo de 3 refeições por dia (87%).

Essas respostas podem ser associadas ao guia alimentar para a população brasileira, do Ministério da Saúde, que informa que, para se obter uma boa saúde, é necessária a ingestão de pelo menos três refeições por dia: o café da manhã, o almoço e o jantar. Os alimentos considerados importantes são aqueles que possuem concentração de carboidratos, como o arroz, massas, pães, raízes (como a mandioca) e tubérculos (como a batata). Também devem ser incluídas na dieta frutas, legumes e verduras, bem como alimentos que são ricos em proteínas, como cereais, castanhas e sementes. O guia alimentar, em consonância com outros autores, reprova dietas milagrosas veiculadas pela mídia por concordar que estas, em sua maioria, não incluem os alimentos necessários para uma boa alimentação (BRASIL, 2006; NAHAS et al, 2000).

Práticas terapêuticas

A última categoria, nomeada de práticas terapêuticas, teve como subcategorias: práticas médicas/profissionais, automedicação, práticas integrativas / complementares e tratamentos religiosos. As respostas nos deram suporte para compreender se há a utilização dessas práticas entre os estudantes. Desse modo, analisando as respostas dessa categoria, percebemos que 93% procuram por médicos e/ou profissionais da área da saúde, 71% dos discentes utilizam a automedicação quando estão doentes, 32% recorrem às práticas integrativas / complementares e 20% aos tratamentos religiosos.

As respostas concernentes à busca por profissionais de saúde (93%) nos permitem compreender como o papel do médico e dos profissionais ligados à área da saúde tem um peso significativo na vida da população. Apesar disso, a visão biomédica, que reduz o sujeito à doença, frequentemente embasa o atendimento aos mesmos e, com isso, os usuários não se sentem acolhidos (MINAYO, 1988). Há uma necessidade de humanização da prática desses profissionais, para que exista uma escuta dos sujeitos, com acolhimento, foco na atenção primária e capacitação para que trabalhem de forma interdisciplinar, aliando seu saber ao popular. Embora a maioria dos estudantes afirme procurar os serviços de saúde, a literatura aponta que muitos homens se distanciam do sistema por não se sentirem abrigados pelos mesmos, por fatores como o horário de atendimento, propagandas relacionadas à

saúde feminina e despreocupação com o cuidado (GOMES, 2008; HEIDMANN et al, 2006).

No que se refere à ingestão de medicamentos sem prescrição/orientação de profissionais habilitados da área da saúde, esta é considerada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como comportamento de risco, pois pode levar à intoxicação. Ressalta-se também que o uso de medicamentos sem prescrição acarreta uma redução de pacientes nos hospitais/postos de saúde e que parte da população depende diretamente do SUS. Muitas vezes, acessar o sistema público de saúde por simples sintomas que poderiam ser aliviados com a automedicação torna-se um transtorno para a população. Não podemos, no entanto, considerar que essa seja a realidade dos estudantes desta pesquisa, por não possuímos dados que revelem o motivo pelo qual esses discentes utilizam a automedicação quanto estão doentes.

Nas respostas sobre as práticas integrativas / complementares, 32% dos alunos responderam que as utilizam quando doentes. Complementando esse dado, temos as respostas da pergunta referente a quais dessas práticas são utilizadas por eles. Observamos que o maior número de respostas foi relativo à massagem (20%), seguido da homeopatia (14%) e fitoterapia (13%).

Embora as respostas apresentadas estejam em menor quantidade, elas fazem parte dos resultados obtidos com relação às práticas de saúde e podem representar também uma falta de conhecimento ou aderência desses estudantes a elas. Estudos de Kùlkamp et al (2007) afirmam que a falta de divulgação e inserção desse tema na universidade contribui para a desinformação e não utilização dessas práticas. Em outro estudo com alunos de enfermagem, Gavin et al (2010) citam que os (as) estudantes têm conhecimento dessas práticas, embora não as adotem ou desconheçam a regulamentação de sua utilização pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Na UFBA existe a Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS), que fomenta discussões acerca dessa temática, podendo os discentes, assim, no decorrer do curso, buscar mais informações sobre as mesmas, aumentando a frequência de seu uso.

Referente aos tratamentos religiosos, 20% dos estudantes respondeu que os utilizam. Esse dado é confirmado pelas respostas à pergunta acerca de quais práticas religiosas eles utilizavam, pois a soma destas práticas - referentes à cirurgia espiritual (8%), rezas (5%) e outros rituais de cura (7%) - também totaliza 20% das

respostas. Esses dados, embora com menor frequência, muito têm a ver com a presença da religiosidade em nossa cultura, com a mestiçagem entre os povos indígenas, europeus e africanos, que trouxeram consigo práticas e rituais religiosos de cura. Os dados sóciodemográficos dos estudantes mostram que muitos são católicos, outros são evangélicos e espíritas, o que faz com que eles possam realizar práticas de banho de folhas, orações e rezas, muito utilizadas nessas religiões citadas, para descarregar as energias negativas, retomar o equilíbrio, purificar o corpo, dentre outros objetivos (BOTELHO, 2010).

Considerações finais

Embora diversos estudos apontem para um distanciamento dos homens com o cuidado da própria saúde, percebemos que, de uma maneira geral, esta pesquisa diverge do que vem sendo exposto pela literatura. Sabe-se que o universo estudado não é representativo da população como um todo, mas, nem por isso, estes dados deixam de ser relevantes. Eles apontam, justamente, para a necessidade de um estudo mais amplo com toda a população. As respostas indicam que os alunos pesquisados, do gênero masculino, compreendem a necessidade de autocuidado e adotam práticas de saúde.

Nessa direção, percebemos, na análise das respostas dos discentes, a utilização de hábitos que preservam a saúde e previnem doenças, ligados à alimentação saudável, e que estão de acordo com o guia alimentar para a população brasileira, proposto pelo Ministério da Saúde. Em tempos de ampla correria cotidiana, em que dietas 'milagrosas' para a obtenção de um corpo ideal e diversas propagandas de lanches rápidos são oferecidos como refeições, é importante que os alunos tenham e mantenham uma alimentação rica em proteínas, água, carboidratos, vitaminas, fibras e minerais.

No que concerne à prática de atividades/exercícios físicos, resposta utilizada com frequência pelos discentes para obter uma boa saúde, esta pode estar associada tanto à prática recomendada pela OMS, a fim de prevenir doenças e melhorar o bem-estar, como pode ser realizada com o objetivo de inserção social, de modo a alcançar corpos normatizados para conseguir sucesso afetivo, sexual e profissional.

Também percebemos outras práticas de cuidado à saúde em menor quantidade, como as práticas integrativas / complementares e religiosas / espirituais, o que revela a presença de elementos ligados a outras racionalidades terapêuticas, bem como à religião / espiritualidade desses estudantes, à sua cultura e meio onde estão inseridos. Essas outras formas de cuidado, que são pouco exploradas cotidianamente, demonstram que o cuidado com a saúde vai além da busca por profissionais da área e da automedicação.

Perante as poucas respostas referentes à promoção da saúde coletiva da população, torna-se indispensável a reflexão sobre o que pensamos sobre o objeto 'saúde'. Esta pesquisa mostra que muitos discentes concebem a saúde a partir da perspectiva prevencionista da doença, focalizando, nessa direção, os hábitos individuais. Diante disso, é importante a necessidade da inclusão do tema 'promoção da saúde', no âmbito coletivo, na formação de todos (as) os (as) alunos (as), pois os seus efeitos vão além do cuidado com a própria saúde. A noção de saúde coletiva na vida deles poderá influenciar a vida de suas (seus) companheiras (os), familiares, amigos (as) e sociedade em geral, melhorando inclusive a visão ainda limitada, existente no imaginário coletivo, com relação aos homens e seus cuidados à saúde. O diálogo na universidade possibilita tais mudanças, provocando uma visão mais crítica sobre as práticas de saúde e doença, de modo a ressignificá-las, proporcionando melhorias no âmbito familiar, social, econômico, político, educacional e de saúde.

Referências bibliográficas

ACIOLI, Sonia. Sentidos e práticas de saúde em Grupos Populares e a enfermagem em saúde pública. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1 p.21-26, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/Z9HiLy>>. Acesso em: 31 mar. 2016.

ALVES, João Guilherme Bezerra et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005. Disponível em: <http://goo.gl/ppQSP5>. Acesso em: 05 ago. 2015.

ANDRADE, Débora. Uma breve reflexão sobre a importância do resgate da função terapêutica religiosa através das práticas de cura. **Revista Eletrônica Inter-Legere**, Rio Grande do Norte, n.2, p. 1-11, 2007. Disponível em: < <http://goo.gl/kGB4LI>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: PT: Edições 70, 2009.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.3 p. 380-398, 1996. Disponível em:<<http://goo.gl/9pA2z8>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

BOTELHO, Pedro Freire. O segredo das folhas e os rituais de cura na tradição afro-brasileira. In: IV ENECULT encontro de estudos multidisciplinares em cultura, 2010, Salvador. **Anais...** Salvador: FACOM-UFBA, 2010. p. 1-12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 971. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, DF, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://goo.gl/SNIFWP>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO II, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/sTWTcS>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CARRARA, Sergio; RUSSO, Jane; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/etvQsx>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

CARVALHO, Sergio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088 - 1095, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/ljroAq>>. Acesso em: 17 mai. 2016.

CONNELL, Robert. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**, Santa Catarina, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995. Disponível em <<http://goo.gl/j05IVz>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

CONNELL, Robert; MESSERSCHMIDT, James. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/nAN7FO>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

COSTA-ROSA, Abílio. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. **Psicologia USP**, Brasil, v. 19, n. 4, p. 561-590, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/L4JHaL>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de Freitas. (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

CZERESNIA, Dina. Ações de promoção à Saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: MONTONE, Januário; CASTRO de, Antonio Joaquim Werneck. (orgs.). **Regulação & Saúde vol.3**. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. p. 211-240.

ESCOBAR, Maria del Pilar; PICO, Maria. Autocuidado de la salud em jóvenes universitários. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública [enlinea]**, Colombia, v.31, n.2, p. 178-186, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/DBn6Ns>. Acesso em: 30 mar. 2016.

GAVIN, Rejane Ospedal Salomão; OLIVEIRA, Maria Helena Pessini de; SILVA, Gherardi-Dona da, Edilaine Cristina. Terapias alternativas complementares: uma visão do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 760-765, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/hwmM30>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

GOMES, Romeu. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

GOMES, Romeu. A saúde e a sexualidade do homem em revista. In: GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 99-113.

HEIDMANN, Ivonete Buss. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/99vHC9>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

HOFF, Tânia Maria Cezar. Publicidade: O Corpo Modificado. **Comunicação, mídia e consumo**, São Paulo, v.1, n.1, p. 52-62, 2004. Disponível em:<<http://goo.gl/X8tfRo>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

KÜLKAMP, Irene et al. Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 229-235, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/8vUtzK>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

LAURENTI, Rui; JORGE, Maria Helena Prado de Melo; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/Smdq9X>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

MATOS, Ana Paula Soares de; SOUSA-ALBUQUERQUE, Carlos Manuel. Estilo de vida, percepção e estado de saúde em estudantes portugueses: influência da área de formação. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, Espanha, v. 6, n. 3, p. 647-663, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/Q9DvCu>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.363-381, 1988. Disponível em: <<http://goo.gl/2SUQx1>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORALES, Naiara Mendes; MIN, Li Shih; TEIXEIRA, João Eduardo Marten. Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e complementares. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 240-245, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/SqPUHL>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

NAHAS, Markus Vinícius. O pentágulo do bem-estar. **Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde**, Rio Grande do Sul, v.2, n.7, p.01-03, 1996. Disponível em: <<http://goo.gl/4dUHne>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

NAHAS, Markus Vinícius; BARROS, Mauro de; FRANCALACCI, Vanessa. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Rio Grande do Sul, v.5, n.2, p.48-59, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/nM8OrO>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

PIETRUKOWICZ, Maria Cristina Leal Cypriano. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 2001. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PINHEIRO, Thiago Félix; COUTO, Maria Thereza. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Caderno de história da ciência**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.53-67, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/9pLv10>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

RODRIGUES, Janaina Furtado; RIBEIRO, Elaine Rossi. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1, p. 74-86, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/2GWMab>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

SICOLI, Juliana Lordelo; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n.

12, p. 91-112, 2003. Disponível em: < <http://goo.gl/lwgTLt>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SOUZA JUNIOR, Sergio Luís Peixoto; BIER, Anelise. A importância da atividade física na promoção de saúde da população infanto-juvenil. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano, 13, n. 119, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/eJIVUH>. Acesso em: 05 ago. 2015.

TROVÓ, Mônica Martins; SILVA, Maria Elúlia Paes da. Terapias alternativas / complementares - a visão do graduando de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.36, n.1, p. 80-87, 2002. Disponível em: <http://goo.gl/gH4f6t>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

VIDAL, Rogério Lima. Linguagem e saberes tradicionais africanos nas práticas de cura dos benzeiros na comunidade quilombola do mucambo. In: **Seminário Internacional Acolhendo as Línguas Africanas – SIALA**, 2012, Salvador. **Anais...** Salvador: SIALA, 2012. p. 1-15.

2.3 ARTIGO 3

INFLUÊNCIA DA MASCULINIDADE NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE UNIVERSITÁRIOS RELACIONADAS À SAÚDE E À DOENÇA

INFLUENCE OF MASCULINITY IN UNIVERSITY STUDENTS' CONCEPTIONS AND PRACTICES RELATED TO HEALTH AND DISEASE

INFLUENCIA DE LA MASCULINIDAD EN LAS CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE UNIVERSITARIOS RELACIONADAS CON SALUD Y ENFERMEDAD

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho⁷

Daniele Machado Pereira Rocha⁸

Raquel Araújo da Silva Carneiro⁹

RESUMO

As concepções e práticas relacionadas à saúde e doença estão ligadas às conjunturas sociais, econômicas, políticas e culturais de cada indivíduo e englobam aspectos individuais, subjetivos, multidimensionais e intersetoriais. O padrão hegemônico de masculinidade distanciou os homens dos cuidados com a saúde, contribuindo para a escassez de pesquisas que envolvem esses sujeitos. **Objetivo:** analisar a influência da masculinidade nas concepções e práticas de estudantes de um curso superior em saúde, relacionadas à saúde e à doença. **Método:** participaram desta pesquisa 76 discentes homens, que responderam a um questionário semiestruturado. As respostas foram interpretadas nos moldes da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** concepções de saúde associadas às dimensões físicas e psicológicas e à qualidade de vida foram prevalentes. A doença

⁷ Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade (PPGEISU) da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública, psicóloga e Coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade – SAVIS. R. Barão de Jeremoabo, s/n, IHAC, Ondina, Salvador - BA, 40170-115. E-mail: therezacoelho@gmail.com. Fone: 55 71 999778920.

⁸ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade – PPGEISU da Universidade Federal da Bahia. Bacharela em Saúde e graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Humanidades pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: danielerocha@hotmail.com

⁹ Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde pela Universidade Federal da Bahia. E-mail: souraquelaraujo@gmail.com.

foi relacionada às ideias de desequilíbrio e alteração da normalidade. Concepções de saúde como ausência de doença e vice-versa foram minoritárias. Dentre as ações para manter a saúde e prevenir doenças, destacam-se a atividade física e a alimentação saudável. Quando doentes, 93% dos participantes afirmaram buscar um profissional da saúde e 71% praticar a automedicação, enquanto as práticas alternativas e/ou complementares foram relatadas em menor proporção (32%), bem como as religiosas (20%). **Conclusão:** nota-se que entre os discentes o binômio saúde-doença é percebido como fenômeno complexo e multifatorial. Majoritariamente há preocupação com hábitos preventivos e de vida saudável – características de cuidado e noções de saúde que se distanciam do modelo hegemônico de masculinidade e saúde discutido entre pesquisadores(as) desta temática.

Palavras-chave: saúde; masculinidade; educação superior.

ABSTRACT

The conceptions and practices related to health and disease are linked to social, economic, political and cultural conjunctures of each individual and include individual, subjective, multidimensional and intersectoral aspects. The hegemonic pattern of masculinity distanced men from the health object, contributing to the lack of care and scarcity of research involving these individuals. **Objective:** to analyze the influence of masculinity in the conceptions and practices of students of higher education in health related to health and disease. **Method:** seventy-six male students participated in this research, answering a semi-structured questionnaire. The answers were interpreted along the lines of Bardin's content analysis. **Results:** health's conceptions associated with physical and psychological dimensions and with quality of life were prevalent. The disease was related to the ideas of imbalance and altered normality. Conceptions of health as absence of disease and vice versa were minority. Among the actions for maintain health and prevent diseases, physical activity and healthy eating were highlighted. When sick, 93% of participants affirmed seeking a health professional and 71% practiced self-medication, while alternative and / or complementary practices were reported to a lesser extent (32%), as well the religious ones (20%). **Conclusion:** it is noticed that among the students the health-disease binomial is perceived as a complex and multifactorial phenomenon. There is a major

concern with preventive and healthy life habits - characteristics of care and health notions that distance themselves from the hegemonic model of masculinity and health discussed among researchers of this theme.

Keywords: health; masculinity; higher education.

RESUMEN

Las concepciones y prácticas relacionadas con salud y enfermedad están conectadas a coyunturas sociales, económicas, políticas y culturales de cada individuo y incluyen aspectos individuales, subjetivos, multidimensionales y intersectoriales. El modelo hegemónico de masculinidad distanció los hombres del objeto salud, contribuyendo para la falta de cuidado y escasez de investigaciones de estos individuos. **Objetivo:** analizar la influencia de la masculinidad en las concepciones y prácticas de los estudiantes de un grado en salud relacionadas con salud y enfermedad. **Método:** participaron en esta investigación 76 estudiantes hombres, que respondieron a un cuestionario semiestructurado. Las respuestas fueron interpretadas en los moldes del análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** concepciones de salud asociadas con las dimensiones físicas y psicológicas y la calidad de vida predominaron. La enfermedad fue relacionada con desequilibrio y alteración de la normalidad. Concepciones de salud como ausencia de enfermedad y vice versa fueron minoría. Entre las acciones para mantener la salud y prevenir la enfermedad, se destacan la actividad física y la alimentación saludable. Cuando enfermos, 93% de los participantes dijeron que buscan un profesional de la salud y 71% practicar la automedicación; las prácticas alternativas y/o complementarias se han reportado en menor medida (32%), así como las religiosas (20%). **Conclusión:** se observa que entre los Estudiantes el binomio salud-enfermedad es percibido como fenómeno complejo y multifactorial. Predominantemente existe una preocupación con hábitos de prevención y de vida saludable – características de cuidado y nociones de salud que se distancian del modelo hegemónico de masculinidad y salud discutido entre los investigadores.

Palabras clave: salud; masculinidad; educación superior.

INTRODUÇÃO

O processo saúde-doença, durante a história, apresentou grande variabilidade de definição. Scliar (2007) aponta que o conceito de saúde é reflexo das conjunturas sociais, econômicas, políticas e culturais, de forma que a saúde não pode representar a mesma coisa para todas as pessoas, assim como “aquilo que é considerado doença varia muito” (SCLIAR, 2007, p. 30). Batistella (2007), por sua vez, assinala que o conceito de saúde não recebia o mesmo destaque que o de doença e que, graças à hegemonia do modelo biomédico¹⁰, a saúde foi internalizada, pela população, como sendo somente a ausência de doença.

Uma das proposições de conceito universal de saúde, que contraria a perspectiva biomédica, foi realizada após o fim da segunda Guerra mundial, quando foram criadas a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que definiu, na sua carta de princípios de 7 de abril de 1948, que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, além de reconhecer a obrigatoriedade do Estado na promoção e proteção da saúde (SCLIAR, 2007, p. 37). Para Scliar (2007), os valores e contextos individuais são determinantes do processo saúde-doença (época, lugar, classe social, concepções científicas, religiosas e filosóficas), logo é fundamental que, além das fundamentações teóricas, as concepções de saúde englobem também aspectos individuais, subjetivos, multidimensionais e intersetoriais.

Quanto ao conceito de doença, Czeresnia (2009) afirma que este foi constituído mediante a redução do corpo humano, pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais. A autora considera ainda que existe uma distância entre o conceito de doença, enquanto construção mental, e o adoecer, enquanto experiência de vida. Nesse sentido, Boruchovitch et al (1991) afirmam que o conceito de doença não se limita a um distúrbio da saúde e ao contexto biológico do indivíduo, centrado na corpo e na mente, mas avança na direção social e histórica do mesmo. Sendo assim, a experiência do adoecimento está relacionada a uma série de fatores, como aponta Czeresnia (2009, p. 46): “a saúde e o adoecer são

¹⁰ “Caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica” (BATISTELLA, 2007, p. 54).

formas pelas quais a vida se manifesta” e correspondem a experiências singulares e subjetivas.

No campo que integra a subjetividade e os aspectos biológicos também residem as práticas de saúde, definidas por auxiliarem no enfrentamento de doenças, relacionadas a aspectos educacionais, familiares e culturais, bem como ao autocuidado, motivações individuais, com livre escolha de equipamentos e materiais por parte do indivíduo, com o intuito de preservar a sua vida e saúde (OREM, 2001 apud SILVA et al, 2009). Corroborando com o autor acima, Teixeira e Vilasboas (2013) compreendem que as práticas de saúde promovem a melhoria das condições de vida, reduzem os riscos e danos à saúde e reabilitam os indivíduos, podendo ser executadas na residência, escola, trabalho e serviços de saúde.

Carvalho e Luz (2009) também consideram que as práticas de saúde, compreendidas como ações coletivas e/ou individuais que auxiliem no processo de cura e na preservação da saúde, têm diversos planos e possibilidades, já que são um espaço de objetificação e articulação de elementos simbólicos. Assim, a escolha das mesmas tem um caráter subjetivo e relacional. Nesse sentido, Ayres (2001) discute o conceito de (inter)subjetividade, considerando “o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001, p. 65). Desse modo, as (inter)subjetividades são caracterizadas pela mobilidade do sucesso prático (AYRES, 2001), dependendo do indivíduo, mas de modo transformador, pois seus principais determinantes seriam aspectos subjetivos e pessoais.

Seguindo o pensamento de autores citados acima, as concepções e práticas ligadas à saúde e à doença são permeadas pelo modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) que, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), compreende os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007, p. 78), afastando dos sujeitos a culpabilização completa pelo seu estado de saúde.

No tocante às concepções e práticas dos homens relacionadas à saúde e à doença, Gomes (2010) compreende que os estereótipos sociais e a construção de gênero, que dão significado à ideia de masculinidade enquanto um conjunto de características, valores e condutas esperadas de um homem, influenciam os hábitos

relacionados à saúde, deste segmento populacional, produzindo um distanciamento dos cuidados e diálogos acerca da saúde. Figueiredo (2005) considera que, no modelo de masculinidade idealizada, estão presentes as noções de invulnerabilidade e comportamento de risco, o que dificulta a expressão pelos homens das próprias necessidades de saúde. A construção da identidade masculina visa se opor às ideias de fraqueza e feminilidade, de modo que a forma como os homens usam e percebem seus corpos interfere nas suas condições de saúde, uma vez que estes desvalorizam o autocuidado e têm preocupação incipiente com a própria saúde.

A perspectiva de Figueiredo (2005) corrobora a ideia de Connell (1995), segundo a qual a masculinidade hegemônica – conjunto de práticas associadas como padrão para os homens – produz um déficit na saúde do homem, por fazer emergir importantes fatores de risco para o adoecimento. Connell (1995) considera que a masculinidade hegemônica, além de ser uma expectativa de papéis ou identidades, é entendida também como um padrão de práticas que, mesmo se apenas uma minoria dos homens a adota, foi instituída como norma. Em uma sociedade tipicamente patriarcal como a brasileira, as cobranças relacionadas ao modelo de masculinidade hegemônica são inerentes ao cotidiano dos homens.

Entretanto, com os diversos avanços sociais, atualmente a dicotomia e os padrões masculino/feminino já não enquadram todas as pessoas como antes. A crise da masculinidade atual seria assim o reflexo da existência de múltiplas masculinidades, em detrimento da hegemônica. É importante distinguir a masculinidade como princípio simbólico e as várias masculinidades no sentido de identidades masculinas, de caráter plural e dinâmico (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005). Faz-se necessário, assim, entender as construções sociais das masculinidades para, então, analisar as concepções e práticas dos homens ligadas à saúde e à doença. Nesse contexto, a proposta deste artigo é analisar as concepções e práticas dos estudantes do gênero masculino ingressos em 2014 no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), ligadas à saúde e à doença, considerando as suas relações com a(s) masculinidade(s).

METODOLOGIA

Este artigo é fruto de um projeto de pesquisa intitulado Concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde e doença. Para a realização desta pesquisa adotou-se um questionário semiestruturado, no qual constavam 33 perguntas relacionadas às concepções e práticas de saúde. Neste artigo são discutidas as respostas dos estudantes do gênero masculino, ingressos em 2014 no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Os discentes frequentavam o curso nos turnos vespertino e noturno e tinham idades variantes entre 18 e 61 anos.

Do questionário, foram selecionadas aqui sete perguntas concernentes às concepções e práticas ligadas à saúde e doença dos participantes: 1. “O que é saúde para você”?, 2. “Quais dessas ações você realiza para manter a sua saúde”?, 3. “O que é doença para você”?, 4. “Quais dessas ações você já realizou para prevenir doenças”?, 5. “O que você faz quando está doente”?, 6. “Em geral, faz uso de medicamentos”?, 7. “Qual(is) são as práticas integrativas/complementares e/ou religiosas que você utiliza”?. O total de participantes do gênero masculino foi de 76 alunos, que responderam ou não as perguntas supracitadas, de forma livre e sem identificação.

Dentre as perguntas selecionadas, algumas eram de natureza descritiva e outras eram objetivas. Por conseguinte, a análise e interpretação dos dados foram realizadas de duas formas distintas: as respostas das perguntas 1 a 4, que eram abertas, foram digitadas no processador de texto *Microsoft Word*® e analisadas de forma qualitativa, visando explorar o caráter subjetivo de cada resposta e interpretar seu conteúdo dentro de um quadro de referência. As perguntas 5 a 7, que eram objetivas, foram contabilizadas em número absoluto de estudantes e porcentagem, a partir do editor de planilhas *Microsoft Office Excel*®, e analisadas de forma quantitativa, a fim de se observar padrões reconhecíveis e mensurá-los. Essas perguntas apresentavam a possibilidade de se assinalar um ou mais itens.

Este estudo é, portanto, qualitativo e quantitativo. Os seus dados foram analisados com base na análise de conteúdo, com foco na proposta de Bardin (2009) da análise temática, definida como um conjunto de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo, a fim de

produzir sentidos e significados. No presente estudo, as respostas dos sujeitos foram interpretadas à luz da revisão de literatura.

Ressalta-se que todas as questões foram respondidas de forma livre. Nas questões dissertativas, os estudantes tinham a oportunidade de escrever sobre o tema sem a presença de respostas preestabelecidas. Até mesmo as perguntas objetivas continham a opção “outros”, para que os estudantes pudessem apresentar respostas mais condizentes com a sua realidade, que não estavam presentes entre as opções. Algumas questões contavam ainda com uma variação de múltipla escolha.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, sob o parecer nº 741.187, respeitando os dispositivos da Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos. Os estudantes participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das respostas dos estudantes, buscou-se identificar as concepções e práticas de saúde e doença dos mesmos. Acerca das concepções, os alunos, quando questionados sobre o que é saúde, responderam que a mesma corresponde a um completo estado de bem-estar, muitas vezes associado às dimensões física e psicológica; esta resposta equivale a 37% (28 respostas) do total de 76. Há uma presença de respostas relativas à saúde em seu conceito ampliado, associando-a a qualidade de vida e ao meio; estas foram apresentadas por 29% dos estudantes (22 sujeitos), conforme algumas exemplificações abaixo:

É um conceito amplo que percorre a dimensão econômica, social, cultural, histórica, psicológica, ambiental e biológica do ser.

Saúde é o bem-estar físico, social, político e cultural, ou seja, é ter uma boa educação, um renda adequada, lazer, esporte, entretenimento. Não somente a ausência de enfermidades, embora seja um componente importante.

Observa-se que esses estudantes destacaram a complexidade do objeto saúde ao evidenciar que a mesma não está relacionada apenas com a ausência de doença. Além de apresentarem um conceito ampliado de saúde, os discentes

apontaram sua relação com a ideia de qualidade de vida socialmente determinada, associada a dimensões psicológicas e aos determinantes sociais da saúde (DSS), como cultura, política, lazer, renda, dentre outros (BUSS; PELLEGRINI FILHO II, 2007). Apenas 4% (3 discentes) revelaram a concepção restrita de saúde como ausência de doença.

De forma menos prevalente, alguns alunos conceituaram a saúde como um estado de harmonia e/ou equilíbrio entre as partes, o que correspondeu a 20% das respostas (15 estudantes), conforme os exemplos abaixo:

Saúde para mim é a junção dos meus poderes e deveres físicos, espirituais, sociais e econômicos. Onde há harmonia entre estes e mais do que isto, onde todos estes fatores estão em plena funcionalidade e em níveis aceitáveis.

É a harmonia da mente e corpo do ser vivo em questão. Sendo assim saudável quando estes dois estão em equilíbrio.

Estado físico e mental estável, em equilíbrio, sem a necessidade do uso de medicamentos para a sua manutenção.

Um aluno declarou que a saúde é um “conceito muito relativo. Não dá para definir”. Outro disse que ela é “estar bem consigo mesmo, ter uma boa qualidade de vida, ter um equilíbrio mental”. Essas respostas reiteram que os estudantes do BIS/UFBA percebem a saúde como um fenômeno complexo, relacionado a diversos fatores. O estudo de Nascimento et al (2011) sobre masculinidades e práticas de saúde aponta dados semelhantes às respostas dos alunos do BIS/UFBA, já que nesse estudo a representação social da saúde entre os entrevistados apresenta como elementos centrais os marcadores “bem-estar”, “cuidado”, “importante”.

Quanto ao conceito de doença, as respostas dos estudantes foram predominantemente ligadas ao desequilíbrio / desarmonia (39%, 30 respostas) e, de forma mais moderada, ao mal-estar (11%, 8 respostas). A predominância de uma definição não restrita à dimensão biológica da doença permite supor que a maioria dos discentes compreende a complexidade do processo saúde-doença, ou já não se restringe à compreensão da doença como simplesmente uma patologia orgânica. Os exemplos abaixo apresentam algumas respostas dessa natureza:

É um estado patológico, onde há desarmonia entre os sistemas, seja físico ou mental.

Doença é tudo que ameaça o complexo da saúde, ou seja, “quebrando” a sua harmonia psicológico-físico.

Algo que prejudique o bem-estar de um indivíduo, podendo ser de ordem epidemiológica ou até mesmo de caráter psicológico.

Houve também respostas relacionadas à alteração da normalidade (21%, 16 respostas) e, de forma menos frequente, à doença como um estado de ausência de saúde (9%, 07 respostas). A partir da análise desses últimos dados, pode-se inferir que alguns discentes reproduzem a concepção de doença que integra o senso comum. No entanto, as respostas que relacionaram a doença a palavras como “dor”, “desconforto” e “incômodo” tiveram uma frequência muito menor – apenas 4% (3 respostas) -, a exemplo da resposta do estudante que declarou: “Uma patologia, fruto de maus cuidados, dor, aflição, infelicidade”. Os exemplos abaixo sintetizam as respostas relacionadas à alteração da normalidade e ausência de saúde:

É quando seu corpo ou sua mente sai dos padrões normais.

É a vulnerabilidade no qual o corpo passa de seu estado normal para anormal.

Condição inversa à saúde.

Mesmo que alguns tenham uma concepção mais restrita da doença, as concepções dos estudantes demonstram, predominantemente, que estes já compreendem a dinamicidade dos processos de adoecimento e a complexidade do processo saúde-doença. No estudo de Camargo et al (2011), acerca das representações sociais de saúde e cuidado, com homens de todas as faixas etárias, residentes em Goiânia e Florianópolis, os autores concluem que “[...] a maioria dos homens considera que uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física constituem cuidados importantes para a saúde” (CAMARGO et. al, 2011, p. 189), o que demonstra que as concepções desse segmento da população sobre cuidados com a saúde estão sendo alteradas lentamente. Para esses autores, a vulnerabilidade dos homens à doença é caracterizada pela incipiente perspectiva da prevenção. Os dados dessa pesquisa se assemelham com as respostas dos discentes do BIS/UFBA, tendo em vista que as concepções de saúde apresentadas

aqui se distanciam do imaginário de que os homens não se preocupam com a própria saúde.

Nessa perspectiva, em estudo sobre representações sociais de homens acerca dos processos saúde-doença, Silva (2013) aponta que “[...] a saúde é considerada uma realização individual do sujeito à medida que este adquire hábitos que favoreçam as condições de vida e bem-estar” (SILVA, 2013, p.46). A autora considera a saúde como uma realização individual, pois os entrevistados evidenciam a relação entre hábitos saudáveis e equilíbrio emocional, incluindo atividade física, alimentação saudável, preservação do sono e acompanhamento médico como ações para alcançar a saúde (SILVA, 2013).

Silva (2013, p.46) aponta ainda que, em sua pesquisa, “a saúde é compreendida de uma forma mais ampla, envolvendo questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais e biológicas”. A percepção e as ações dos participantes do presente estudo corroboram as considerações de Silva (2013), já que as respostas dos alunos apresentam, predominantemente, concepções e práticas de saúde ampliadas e complexas, assim como a dinâmica do binômio saúde-doença.

Sobre as ações realizadas para preservar a saúde e prevenir doenças, as respostas se assemelharam em quase todos os aspectos. As ações com maior destaque, em praticamente todas as respostas, foram as da ida regular ao médico (93%, 71 alunos), prática de atividade física, (84%, 64 estudantes) e preocupação com uma alimentação saudável (72%, 55 discentes). Nas diversas respostas dos discentes, pelo menos uma dessas ações é destacada. Além de revelar o quanto essas práticas se repetem nas respostas, a análise dos questionários permitiu também perceber que os estudantes têm outras práticas para a preservação da saúde e a prevenção de doenças (momentos de lazer, práticas de atividades que promovam a felicidade, aproximação com a religião), como revelam as seguintes respostas:

Prática de atividades físicas regulares, a manutenção de alimentos saudáveis, meditação e o auto-questionamento, a realização de atividades que me tragam felicidade e satisfação.

Pratico esportes, leio, mantenho uma alimentação saudável (sou vegetariano), mantenho comunhão diária com Deus, procuro, ao máximo, manter os meus relacionamentos.

Atividades físicas, alimentação balanceada, controle do stress cotidiano e tempo livre para o lazer.

Tais respostas reiteram que os participantes apresentam uma noção da complexidade do processo saúde-doença. Mesmo que a maioria dos alunos tenha demonstrado se importar com o cuidado à saúde e a prevenção de doenças, 8% (6 discentes) afirmaram não realizar nenhuma ação para manter a saúde ou prevenir doenças. Um deles respondeu: “Atualmente tenho negligenciado essas ações”.

Além da prática de atividade física, visitas ao médico e alimentação saudável, dentre as respostas menos prevalentes alguns alunos destacaram práticas de prevenção como higiene, realização periódica de exames e, de forma mais tônica, uma preocupação com a vacinação, como pode ser percebido nos exemplos abaixo:

Alimentação saudável, prática de esportes, higiene pessoal básica, vacinação e exames regulares.

Faço sempre a higienização de tudo que vou consumir, cartão de vacinação em dias e sempre que necessário faço uso de métodos preventivos.

O estudo de Carvalho e Luz (2009) aponta a dificuldade de interpretação dos sentidos e significados culturais construídos sobre as práticas de saúde, ao considerar que estas se relacionam com os sentidos e valores culturais que atuam sobre o corpo, constituído por múltiplos aspectos que se realizam e se expressam nas relações sociais. Assim, as autoras analisam as práticas de saúde como um espaço de objetificação e articulação de elementos simbólicos, que podem apresentar grande mutabilidade, com planos e possibilidades variadas de articulação, que estão relacionadas também com a construção das concepções. A análise dos questionários permitiu perceber que as práticas de saúde adotadas são variadas, portanto relacionada às escolhas e concepções de cada indivíduo.

Sobre as práticas utilizadas por eles, quando doentes, as respostas mais recorrentes foram: ir ao médico ou profissional de saúde (93%) e prática de automedicação (71%). Tais dados podem parecer controversos, pois se 93% dos entrevistados afirmam buscar um cuidado profissional quando doentes, o percentual de automedicação deveria ser menor. Entretanto, eles revelam uma simultaneidade dessas práticas: uma não exclui a outra.

A automedicação é conceituada por Naves et al (2010, p.1752) como “[...] a seleção e uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas sem a prescrição ou a supervisão de um médico ou dentista”. A prática é usualmente a forma mais comum de resposta a sintomas. Embora seja necessário em uma função complementar aos sistemas de saúde, o hábito pode ter consequências indesejadas, como enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas (AQUINO; BARROS; SILVA, 2010).

O estudo de Aquino, Barros e Silva (2010) acerca da automedicação entre acadêmicos de saúde aponta que esta prática é prevalente entre os discentes: 65,5% dos entrevistados confirmaram ter feito uso de medicamento na quinzena anterior; destes, 57,7% através de automedicação. As autoras consideram que esse percentual está dentro dos parâmetros encontrados na literatura, mas esperavam que o consumo de medicamentos fosse menor e mais racionalizado, por se tratarem de acadêmicos de saúde, que deveriam compreender o quão importante é a prescrição de remédio por um profissional especializado.

No estudo citado acima, não houve explicitação do semestre dos alunos entrevistados. Nesta pesquisa, os alunos do BI em Saúde são ingressantes no primeiro semestre do curso, com um percentual de automedicação tão elevado quanto. Isso demonstra que, para além do curso e do semestre em que estejam, temos que considerar a automedicação como um hábito cultural, acompanhado da facilidade em obter medicamentos sem prescrição.

O elevado percentual de alunos que afirmam procurar um profissional de saúde quando doentes possibilita supor que eles têm o conhecimento acerca da importância da orientação profissional; no entanto, ainda assim praticam a automedicação. As respostas referentes ao uso de medicamentos reiteram isso, pois 64% dos participantes afirmaram utilizar medicamentos com prescrição, ao mesmo tempo em que 53% afirmaram utilizá-los sem prescrição. Dessa forma, os percentuais possibilitam considerar que os discentes fazem uso de remédios conforme ambas as formas: com e sem prescrição.

A automedicação tende a ocorrer especialmente quando os sintomas são mais comuns, o que pode estar relacionado com o alto percentual desta prática. Ainda se pode pensar que o elevado uso de remédio com prescrição pode estar relacionado com o insucesso da automedicação. É importante também considerar que o gênero pode ser um determinante para a prática da automedicação, tendo em

vista que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres, como apontado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

Em relação às práticas de saúde alternativas e/ou complementares, 32% dos entrevistados afirmaram utilizá-las. Dentre essas, as que obtiveram maior destaque foram: massagem (20%), homeopatia (14%), fitoterapia (13%), banho de folhas (10%) e RPG (10%). Mesmo que a utilização das práticas alternativas e integrativas apareça de forma moderada entre os discentes, os dados corroboram com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), apontando que há uma crescente legitimação social dessas práticas (BRASIL, 2006). Otani e Barros (2011), em artigo de revisão de literatura, também consideram que existe um interesse crescente por parte de usuários, profissionais e gestores nos conceitos de Medicina Integrativa e Medicinas Alternativas e Complementares, de modo que são necessárias a implementação e o gerenciamento de novas práticas de cuidado e cura.

Ayres (2001), ao discutir (inter)subjetividades, aponta que a importância do controle da doença não deve ser diminuída. No entanto, “deve ser revista sua exclusividade como critério normativo de sucesso das práticas de saúde” (AYRES, 2001, p.7). Como mencionado, o autor considera que as (inter)subjetividades são caracterizadas pela mobilidade do sucesso prático. Nessa perspectiva, quando o sujeito opta por práticas de saúde alternativas, a sua escolha deve ser respeitada, haja vista que as escolhas das práticas de saúde estão relacionadas com o caráter relacional das identidades e historicidades dos indivíduos e grupos. Nesse sentido, a PNPIC aponta que a adoção das práticas de saúde alternativas está relacionada com os diferentes processos de adoecimento e de saúde, de forma que o indivíduo deve ser considerado de modo global (BRASIL, 2006).

Sobre as práticas adotadas quando se está doente, além das práticas alternativas e complementares, houve destaque também para a realização de tratamentos religiosos (20% entre os entrevistados). Tais práticas se relacionam com a complexidade do processo do adoecimento e do caráter relacional das escolhas, tendo em vista que a adoção de uma prática religiosa está relacionada com aspectos culturais e subjetivos. A adoção de práticas religiosas é, também, uma forma de enfrentamento da doença, de forma que a fé não está dissociada do processo de adoecimento (MURAKAMI & CAMPOS, 2012). Nesse sentido,

Murakami e Campos (2012), ao estudarem a relação da saúde com a religiosidade, apontam que a religião é um elemento que faz parte da subjetividade, capaz de atribuir significado ao sofrimento.

A análise das respostas dos discentes do BIS/UFBA permite perceber que há uma preocupação com a própria saúde e uma percepção de sua complexidade. As práticas de saúde predominantes representam um desvio do padrão, já que destoam do que vem sendo apontado na literatura, de que o padrão de masculinidade pode trazer déficit para a saúde (CONNELL, 1995; FIGUEIREDO, 2005).

CONCLUSÃO

Entre os discentes participantes deste estudo, o binômio saúde-doença é percebido como fenômeno complexo, que envolve diversos fatores. Em relação às práticas adotadas, nota-se que é majoritária a preocupação com hábitos preventivos e hábitos de vida saudável. É interessante perceber que a grande maioria dos estudantes busca realizar alguma ação para manter a saúde ou prevenir doenças; a proporção de alunos que não realizam nenhuma dessas ações é muito baixa.

As respostas mais prevalentes entre os discentes estão relacionadas à ideia de saúde como bem-estar, conforme o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi possível perceber que, atrelado à noção de bem-estar individual, eles se referiram à qualidade de vida em seu âmbito coletivo, envolvendo entretenimento, cultura e educação. Esses aspectos se distanciam das concepções e práticas ligadas à saúde entre aqueles que reproduzem o modelo hegemônico de masculinidade, como vimos. Nessa perspectiva, as práticas de saúde dos estudantes estão ligadas majoritariamente à alimentação saudável e à atividade física, bem como à automedicação e à busca por profissionais de saúde, quando doentes. Práticas alternativas e religiosas ligadas à saúde foram poucas vezes mencionadas, mas refletem a multiplicidade dos saberes e racionalidades envolvidas nesse processo.

Como mencionado, muitos estudos apontam a existência de uma masculinidade hegemônica que seria prejudicial à saúde dos homens, associada às noções de invulnerabilidade, comportamento de risco e pouca preocupação com a própria saúde. No entanto, esta pesquisa e outros estudos acerca das representações sociais da saúde, entre os homens, apontam uma tendência à mudança, na medida em que os homens têm demonstrado maior preocupação com

o complexo processo saúde-doença. Nessa direção, destaca-se a necessidade de novas pesquisas – com incentivo social, midiático e das universidades – que abordem a saúde e a desconstrução dos modelos de masculinidade que produzem um distanciamento dos homens em relação à mesma, de modo a ampliar as reflexões realizadas por este e outros estudos, abordando as suas relações com diversos fatores psicossocioculturais.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) pelo apoio à pesquisa e a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pela concessão de bolsa de Iniciação Científica.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol. 15, n. 5, pp. 2533-2538, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/CBaP1B>>. Acesso em: 02/05/2016.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol. 6, n. 1, pp. 63-72, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/MmDxFs>>. Acesso em: 02/05/2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. rev. e actual. Lisboa, PT: Edições 70, 2009.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A.F. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ, 2007. pp. 51-86.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, pp. 418-425, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/M2xSVa>>. Acesso em: 16/02/2017.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO II, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, pp. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/sTWTcS>>. Acesso em: 16/02/2017.

CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, vol. 19, n. 1, pp. 179-192, Jun. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/MyGgbM>>. Acesso em: 08/06/2016.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface (Botucatu)** [online], vol.13, n.29, pp.313-326, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/BDCRmE>>. Acesso em: 02/05/2016.

CONNELL, R. **Masculinities: knowledge, power and social change**. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1995.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. pp. 19-43.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.10, n.1, pp.105-109, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/5MkG17>>. Acesso em: 22/03/2016.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], Brasília, vol. 65, n. 2, pp. 361-367, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/ke7V2V>>. Acesso em: 09/05/2016.

NASCIMENTO, A. R. A et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte – MG. **Saúde e Sociedade** [online], São Paulo, vol. 20, n. 1, pp. 182-194, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/j1nZxO>>. Acesso em: 02/05/2016.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol.15, n.1, pp.1751-1762, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/khV8xq>>. Acesso em: 02/05/2016.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol. 16, n. 3, pp. 1801-1811, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/RQ1gnw>>. Acesso em: 02/05/2016.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, vol.10, n. 1, pp. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/nn92m7>>. Acesso em: 02/05/2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis** [online], Rio de Janeiro, vol.17, n.1, pp. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/eVxti3>>. Acesso em: 28/03/2016.

SILVA, B. F. **Processo saúde-doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/57pzPE>>. Acesso em: 08/06/2016.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: < <http://goo.gl/REN3nK> >. Acesso em: 30/03/2016.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. São Paulo: MedBook, 2013. pp. 287-301.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do objetivo principal deste estudo, percebemos nas respostas dos estudantes que os alunos pesquisados, do gênero masculino, compreendem a saúde conforme o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, que, apesar de criticado por alguns autores, continua sendo uma das concepções mais propagadas, levando em consideração que todos os participantes deste estudo estavam no primeiro semestre do BIS e poucos tinham outra graduação concluída.

A maioria dos estudantes se considera saudável e esta é uma convicção muito perpetuada no modelo hegemônico de masculinidade que ainda temos em nosso imaginário. As ideias de fortaleza, vitalidade e jovialidade, características desse padrão masculino, fazem com que os homens se distanciem dos serviços de saúde, alegando que não estão doentes ou que não precisam de cuidados; desta forma, só quando o quadro da doença se agrava é que eles procuram os serviços de alta complexidade.

Com relação às práticas de saúde, os estudantes percebem a necessidade de autocuidado e adotam práticas de saúde, sendo estas majoritariamente voltadas para a atividade física, a alimentação saudável e a automedicação. Embora as práticas esportivas e alimentares sejam importantes para a qualidade de vida, elas não são as únicas promotoras de saúde, porém, como são as mais propagadas pela mídia como práticas essenciais para manter a saúde e a estética, são muito mais valorizadas pelos homens, na perspectiva de que contribuem para o sucesso pessoal, profissional e afetivo.

Diferentemente das práticas relacionadas à masculinidade hegemônica, os estudantes percebem a necessidade do cuidado, buscam serviços de saúde e relacionam a saúde a fatores como felicidade, vida, sociabilidade, responsabilidade, etc., apesar do destaque para a atividade física, alimentação saudável e automedicação, citado nos parágrafos anteriores. Nessa direção, embora este estudo esteja direcionado para uma realidade específica de estudantes universitários do gênero masculino, demonstra a necessidade de pesquisas que explorem e veiculem mais dados sobre o tema, com possibilidade de aprofundamento nos mais variados grupos de gênero, etnia, religião, faixa etária, dentre outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI, S. Sentidos e práticas de saúde em Grupos Populares e a enfermagem em saúde pública. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1 p.21-26, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/Z9HiLy>>. Acesso em: 31 de março de 2016.

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/nlj2qe>>. Acesso em: 18 de setembro de 2016.

ALBUQUERQUE, F.; José B. et al. Locus de controle e bem-estar subjetivo em estudantes universitários da Paraíba. **Psicologia para América Latina**, México, n. 13, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/Ri8Jnu>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

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

ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 300-301, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/g5y4jD>>. Acesso em: 05 de abril de 2016.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCA, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/ud8XMI>>. Acesso em: 06 de maio de 2016.

ALMEIDA, F. F. et al. Experiência de dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/nB2vi9>>. Acesso em: 22 de setembro de 2016.

ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, Niterói, v. 11, n. 5, p. 291-294, 2005. Disponível em: <http://goo.gl/ppQSP5>. Acesso em: 05 de agosto de 2015.

AMORA, A. S. **Minidicionário Amora da língua portuguesa**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

ANDRADE, D. Uma breve reflexão sobre a importância do resgate da função terapêutica religiosa através das práticas de cura. **Revista Eletrônica Inter-Legere**, Rio Grande do Norte, n.2, p. 1-11, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/kGB4LI>>. Acesso em: 29 de março de 2016.

AQUINO, D. S.; BARROS, J. A. C.; SILVA, M. D. P. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2533-2538, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/CBaP1B>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/MmDxFs>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/hpz7pU>>. Acesso em: 09 de Junho de 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: PT: Edições 70, 2009.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/dO36sT>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

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

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.3 p. 380-398, 1996. Disponível em:<<http://goo.gl/9pA2z8>>. Acesso em: 29de março de 2016.

BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/M2xSVa>>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2017.

BOTELHO, P. F. O segredo das folhas e os rituais de cura na tradição afro-brasileira. In: IV ENECULT encontro de estudos multidisciplinares em cultura, 2010, Salvador. **Anais...** Salvador: FACOM-UFBA, 2010. p. 1-12.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 971. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Governo Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Altera procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica**. Portaria n. 145, de 11 de janeiro de 2017. Diário Oficial da União nº 10, de 13 de janeiro de 2017, Seção 1, pág. 32.

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: < <http://goo.gl/SNIFWP> >. Acesso em: 10 de julho de 2016.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO II, A.A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: < <http://goo.gl/sTWTcS>>. Acesso em: 10 de junho de 2015.

CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 179-192, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/MyGgbM>>. Acesso em: 08 de junho de 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/etvQsx>>. Acesso em: 03 de Março de 2016.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface (Botucatu)** [online], v.13, n.29, p.313-326, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/BDCRmE>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088 - 1095, 2004. Disponível em: < <http://goo.gl/ljroAq>>. Acesso em: 17 de maio 2016.

CAVALCANTI, D. R. M. O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. **CAOS – Revista Eletrônica de Ciência Sociais**, João Pessoa, v.1, n.9, p. 53-60, 2005. Disponível em: <<https://goo.gl/IK2HOH>>. Acesso em: 14 de outubro de 2016.

CEBALLOS, A. G. C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: UNASUS UFBE, 2015.

COELHO, E. B. S. et al. (orgs.). **Curso de Atenção Integral à Saúde do Homem – Modalidade a Distância**. Política nacional de atenção integral a saúde do homem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 66 p.

COELHO, M.T.A.D.; SANTOS, V.P.; ROCHA, D.M.P. Concepções e práticas de saúde e doença de alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: COELHO, M.T.A.D.; TEIXEIRA, C.F (orgs.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 117-128.

COELHO, M.T.A.D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A.D. (orgs.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 111-126.

CONNELL, R. **Masculinities: knowledge, power and social change**. Berkeley, Los Angeles: University of California Press, 1995.

CONNELL, R. Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995. Disponível em < <http://goo.gl/j05IVz> >. Acesso em: 05 de Junho de 2016.

CONNELL, R.; MESSERSCHMIDT, J. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 241-282, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/nAN7FO>>. Acesso em: 05 de junho de 2015.

COSTA-ROSA, A. Práticas de cura místico-religiosas, psicoterapia e subjetividade contemporânea. **Psicologia USP**, Brasil, v. 19, n. 4, p. 561-590, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/L4JHaL>>. Acesso em: 30 de março de 2016.

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

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, R. G (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-43.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

CZERESNIA, D. Ações de promoção à Saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: MONTONE, J; CASTRO, A; JOAQUIM, W (orgs.). **Regulação & Saúde vol.3**. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. p. 211-240.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 533-539, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/ebJMWI>>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

DELA COLETA, J. A.; LOPES, J. E. F.; DELA COLETA, M. F. Felicidade, bem-estar subjetivo e variáveis sócio-demográficas, em grupos de estudantes universitários. **Psico-USF**, Itatiba, v. 17, n. 1, p. 129-139, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/s7vw43>>. Acesso em: 16 de outubro de 2016.

DIENER, E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E.; SMITH, H. L. Subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v.125, n.2, 1999, p. 276-302. Disponível em: <<https://goo.gl/IQKB89>>. Acesso em: 20 de setembro de 2016.

ESCOBAR, M. del P.; PICO, M. Autocuidado de la salud en jóvenes universitarios. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública [en línea]**, Colombia, v.31, n.2, p. 178-186, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/DBn6Ns>. Acesso em: 30 de março de 2016.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.10, n.1, p.105-109, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/5MkG17>>. Acesso em: 22 de março de 2016.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 935-944, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/ODbT5v>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

FLECK, M. P. A. (org.). **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** (1930). Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GADAMER, H. G. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: EDIÇÕES 70, 2000.

GAVIN, R. O. S.; OLIVEIRA, M. H. P.; SILVA, G.D., E. C. Terapias alternativas complementares: uma visão do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 760-765, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/hwmM30>>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

GIDDENS, A. **Sociologia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/VqtmFL>>. Acesso em: 08 de maio de 2016.

GOMES, R. Um panorama sobre a saúde do homem. In: GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 41-58.

GOMES, R. A saúde e a sexualidade do homem em revista. In: GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 99-113.

GOMES, R. **A saúde do homem em foco**. São Paulo: UNESP, 2010.

GOMES, R. **Relatório final de pesquisa: Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

GONÇALVES, D. M., KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043 – 2053, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/IEr8Pm>>. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

HEIDMANN, I. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/99vHC9>>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

HOFF, T. M. C. Publicidade: O Corpo Modificado. **Comunicação, mídia e consumo**, São Paulo, v.1, n.1, p. 52-62, 2004. Disponível em: <<http://goo.gl/X8tfRo>>. Acesso em: 05 de julho de 2015.

HOUAISS, A. **Minidicionário da língua portuguesa**. 4. ed. rev. e aumentada. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

JANCZUR, C. et al. Claude Bernard e a constância do “meio interno”. **Filosofia e História da Biologia**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 381-394, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/yrKCfY>>. Acesso em: 04 de maio de 2016.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latinoamericana*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-79, 2001. Disponível em: < <https://goo.gl/cqjUO5>>. Acesso em: 03 de junho de 2017.

KÜLKAMP, I. et al. Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 229-235, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/8vUtzK>>. Acesso em: 30 de março de 2016.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. 4ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fonseca, 2010.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/Smdq9X>>. Acesso em: 04 de março de 2016.

LENOIR, F. **Sobre a felicidade: uma viagem filosófica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2016.

LUZ, M. T. Saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 353-356.

MATOS, A. P. S.; SOUSA-ALBUQUERQUE, C. M. Estilo de vida, percepção e estado de saúde em estudantes portugueses: influência da área de formação. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, Espanha, v. 6, n. 3, p. 647-663, 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/Q9DvCu>>. Acesso em: 28 de março de 2016.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/i4jLBg>>. Acesso em: 15 de outubro de 2016.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 237-248, 1993. Disponível em: <<http://goo.gl/SiVVU>>. Acesso em: 17 de Janeiro de 2016.

MINAYO, M.C S. Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B. (orgs.). **Saúde, trabalho e formação profissional** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39. Disponível em: <<https://goo.gl/mDr1f6>>. Acesso em: 10 de maio de 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.363-381, 1988. Disponível em: <<http://goo.gl/2SUQx1>>. Acesso em: 17 de junho de 2016.

MORALES, N. M.; MIN, L. S.; TEIXEIRA, J. E. M. Atitude de Estudantes de Medicina frente a Terapias Alternativas e Complementares. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 240-245, 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/SqPUHL>>. Acesso em: 16 de dezembro de 2015.

MOREIRA, T. M. M.; SANTIAGO, J. C. S.; ALENCAR, G. P. Autopercepção de saúde e características clínicas em adultos jovens escolares de um interior do nordeste brasileiro. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.

48, n. 5, p. 794-803, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/2H8OPE>>. Acesso em: 15 de agosto de 2016.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012. Disponível em <<https://goo.gl/JNVxkB>>. Acesso em: 07 de maio de 2016.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], Brasília, v. 65, n. 2, p. 361-367, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/ke7V2V>>. Acesso em: 09 de maio de 2016.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G.; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Rio Grande do Sul, v.5, n.2, p.48-59, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/nM8OrO>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2016.

NASCIMENTO, A. R. A. et al. Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte – MG. **Saúde e Sociedade** [online], São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/j1nZxO>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1751-1762, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/khV8xq>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/vYRA9j0>>. Acesso em: 03 de julho de 2017.

OREJUELA, J. J. **O mal-estar subjetivo derivado da fragmentação do trabalho**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/RQ1gnw>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/Bcb33N>>. Acesso em: 12 de Junho de 2016.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/wCQWUI>>. Acesso em: 05 de maio de 2016.

PIETRUKOWICZ, M. C. L. C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. 2001. 117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

PINHEIRO, S. P. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/1sFK5W>>. Acesso em: 29 de março de 2016.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T. Homens, masculinidades e saúde: uma reflexão de gênero na perspectiva histórica. **Caderno de história da ciência**, São Paulo, v. 4, n. 1, p.53-67, 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/9pLvI0>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

REIS, J. C. **O sorriso de Hipócrates**. Lisboa: Vega, 1998.

REZENDE, J.M. **Linguagem Médica**. 4. ed. Goiânia: Kelps, 2011.

RODRIGUES, J.F.; RIBEIRO, E. R. O homem e a mudança de pensamento em relação à sua saúde. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.1, n.1, p. 74-86, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/2GWMab>>. Acesso em: 03 de Março de 2016.

SÁ JUNIOR, L. S. M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, 15-16, 2004. Disponível em: <<https://goo.gl/SDqh7i>>. Acesso em: 06 de Abril de 2016.

SANTOS, W. T. M. Modelos de masculinidade na percepção de jovens homens de baixa renda. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 27, p. 130-157, 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/uvNna6>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/2aJEdo>>. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://goo.gl/nn92m7>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

SCHRAMM, F. R. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino dos cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 17-20, 2002. Disponível em: <<https://goo.gl/qTVQS5>>. Acesso em: 03 de outubro de 2016.

SCHWARZ, E.; MACHADO, T. C. S. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, 2012, p. 2581-2583. Disponível em: <<https://goo.gl/pStZvZ>>. Acesso em: 20 de outubro 2016.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://goo.gl/4mxGci>>. Acesso em: 03 de Março de 2016.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <<https://goo.gl/5Roy0k>>. Acesso em: 20 de abril de 2016.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <<http://goo.gl/lwgTLt>>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

SILVA, B. F. **Processo saúde-doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família**. 2013. 101p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Juiz de Fora, 2013.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/REN3nK>>. Acesso em: 30 de março de 2016.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/1jkQ0Q>>. Acesso em: 13 de outubro de 2016.

SOUSA, A.R. Homens no serviço de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://goo.gl/PDBkyE>>. Acesso em: 13 de janeiro de 2017.

SOUSA, L. G. S. **As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e a atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu/MG**. 2013. 128p. Dissertação (Mestrado Promoção da saúde e prevenção da violência) – Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Promoção da saúde e prevenção da violência. Minas Gerais, 2013.

SOUZA JUNIOR, S. L. P.; BIER, A. A importância da atividade física na promoção de saúde da população infanto-juvenil. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, ano, 13, n. 119, 2008. Disponível em: <http://goo.gl/eJIVUH>. Acesso em: 05 de agosto de 2015.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. São Paulo: MedBook, 2013. p. 287-301.

TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A. D. A construção do Projeto Político – Pedagógico do BI em Saúde: transformando um sonho em realidade. In: TEIXEIRA, C.F.; COELHO, M.T.A.D (orgs.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 111-126.

TEIXEIRA, M.J.; OKADA, M. Dor: evolução histórica do conhecimento. In: NETO, O. A. (org.). **Dor: princípios e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 73-81, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/cV3Fcv>>. Acesso em: 04 de agosto de 2016.

TROVÓ, M.M.; SILVA, M.J.P. Terapias alternativas / complementares - a visão do graduando de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem**, USP, v.36, n.1, p. 80-87, 2002. Disponível em: <<http://goo.gl/gH4f6t>>. Acesso em: 17 de Dezembro de 2016.

TROVÓ, M. M.; SILVA, M. E. P. Terapias alternativas / complementares - a visão do graduando de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.36, n.1, p. 80-87, 2002. Disponível em: <http://goo.gl/gH4f6t>>. Acesso em: 17 de dezembro de 2015.

UFBA, Universidade Federal da Bahia. **Define e regulamenta as atividades curriculares e creditação necessárias para a finalização e obtenção de título nos cursos de doutorado, mestrado acadêmico e mestrado profissional no âmbito do Programa de pós-graduação em Estudos Interdisciplinares Sobre Universidade EISU da UFBA**. Resolução Nº 003/11 de 26 abril de 2011. Salvador, p. 01-14. Abril, 2011.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

VIDAL, Rogério Lima. Linguagem e saberes tradicionais africanos nas práticas de cura dos benzeiros na comunidade quilombola do mucambo. In: **Seminário Internacional Acolhendo as Línguas Africanas – SIALA**, 2012, Salvador. **Anais...** Salvador: SIALA, 2012. p. 1-15.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/S0Otsb>>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)




INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES E TCLE



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

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

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


Assinatura da Pesquisadora Responsável

Assinatura da Pesquisadora membro da Equipe

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E PÓS-ESCLARECIDO

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

Salvador, ____ de _____ de 201

Assinatura da(o) participante da pesquisa

APÊNDICE B – Questionário aplicado aos estudantes ingressos no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde

QUESTIONÁRIO

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

I. Dados Sociodemográficos

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

II. Questionário

13. O que é saúde para você?

14. Você se sente saudável?

Sim

Não

15. Que 5 palavras você mais associa à saúde?

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

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

18. O que é doença para você?

19. Você se sente doente?	Sim	Não

20. Que 5 palavras você mais associa à doença?

21. Que ações você considera importantes para prevenir doenças?

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

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

Consome alimentos gordurosos diariamente			
Consome verdura diariamente			
Faz pelo menos 3 refeições por dia			
Faz todas as refeições em casa			
Traz as refeições de casa			
Outros:			

27. Agora falaremos sobre seu hábito de praticar atividade física		Sim		Não	
Você pratica atividade física?					
Você pratica atividade física com orientação profissional?					
28. Com qual frequência você pratica atividade física?	1 a 2 dias	3 a 4 dias	4 a 5 dias	5 a 6 dias	Todos os dias
29. Qual o tempo médio de atividade por dia?	0 a 30 min	31 a 60 min	61 a 80 min	80 a 120 min	Mais que 120 min

30. Qual(is) são as práticas integrativas/complementares e/ou religiosas que você utiliza? *Pode assinalar mais de uma opção.

	Sim	Não		Sim	Não
Acupuntura			Terapia Comunitária		
Massagem			Homeopatia		
Cirurgia Espiritual			Termalismo social/Crenoterapia		
Fitoterapia			Rezadeira		
Pilates			RPG		
Banho de Folhas			Cromoterapia		
Terapia Floral			Uso de Cristais		
Yoga			Hidroterapia		
Danças Circulares			Rituais religiosos de cura		
Reiki					
Outras:					

31. Você considera que a sua formação acadêmica provoca algum impacto na sua saúde?	Sim	Não

31.1 Se sim, quais?

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

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

ANEXOS

ANEXO A - Print do comprovante de submissão do Artigo 01: Revista E-Psi – Revista Eletrônica de Psicologia, Educação e Saúde

The screenshot shows an email client interface with the following elements:

- Browser Address Bar:** `le.com/mail/u/0/#sent/15bd57989dc13819`
- Search Bar:** `erfaces Cientificas - Humanas e Sociais`
- Navigation:** `in:sent`, `Mover para a Caixa de Entrada`, `Mais`, `1 de 51`
- Subject:** **SUBMISSÃO DE ARTIGO**
- Sender:** **Daniele Machado** <daniele.mp.rocha@gmail.com>
- Recipients:** para e.psi_revista, Cco:Thereza, Cco:danielep.rocha, Cco:jorgeluzdesal.
- Time:** 18:59 (Há 0 minutos)
- Body Text:**

Prezado editor(a),

Estamos submetendo o artigo intitulado "Concepções e auto-percepção ligadas a saúde e à doença de estudantes universitários do gênero masculino" para apreciação nesta conceituada revista.

Esperamos a avaliação.

Atenciosamente,
As (os) autoras (es)
- Attachments:** 2 anexos
 - `ARTIGO_E-PSI.docx`
 - `DECLARAÇÃO DE ...`
- Footer:** `Clique aqui para Responder ou Encaminhar`
- System Tray:** 19:00, 04/05/2017

ANEXO B - Print do comprovante de submissão do Artigo 02: Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
2561	07-20	ART	Dantas Coelho, Pereira Rocha, de...	PRÁTICAS DE SAÚDE DE ESTUDANTES DO GÊNERO MASCULINO DE UM...	EM AVALIAÇÃO

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Apontamentos

TODOS NOVO PUBLICADO IGNORADO

DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	ARTIGO	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
Não há apontamentos.						

[Publicado](#) [Ignorado](#) [Excluir](#) [Selecionar todos](#)

ISSN: 2358-0194

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO

Logado como:

Idanielemachado

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(0\)](#)
- [Nova submissão](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar \(0 nova\(s\)\)](#)
- [Gerenciar](#)

IDIOMA

Selecione o idioma

Português (Brasil)

CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca



Todos

Procurar

- [Por Edição](#)
- [Por Autor](#)

ANEXO C - *Print* do comprovante de submissão do Artigo 3 – Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais

Submissão



Autores Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, Daniele Machado Pereira Rocha, Raquel Araujo da Silva Carneiro 
Título INFLUÊNCIA DA MASCULINIDADE NAS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE-DOENÇA DE ALUNOS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE
Seção Artigos
Editor Grasielle Borges Vieira de Carvalho 

Avaliação

Rodada 1

Versão para avaliação 3517-10076-3-RV.DOCX 2017-03-06
Iniciado 2017-02-01
Última alteração 2017-02-13
Arquivo enviado Nenhum(a)

Decisão Editorial

Decisão Aceitar 2017-03-12
Notificar editor  Comunicação entre editor/autor  2017-03-12
Versão do editor 3517-11963-1-ED.DOCX 2017-03-06
3517-11963-2-ED.DOCX 2017-03-06
3517-11963-3-ED.DOCX 2017-03-22
Versão do autor 3517-11800-1-ED.DOCX 2017-02-16 EXCLUIR
Transferir Versão do Autor Nenhum arquivo selecionado.

ANEXO D – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA / Plataforma Brasil**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

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

Pesquisador: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30906414.0.0000.5531

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 741.187

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Continuação do Parecer: 741.187

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

BENEFÍCIOS

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Continuação do Parecer: 741.187

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Agosto de 2014

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:

P/ KARINA ARAUJO PINTO
(Coordenador)

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

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br