



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

MARIA ANGÉLICA GODINHO MENDES DE ABREU

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS LIGADAS À SAÚDE E À DOENÇA
ENTRE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/OS DE UM CURSO
SUPERIOR EM SAÚDE**

Salvador-BA
2017

MARIA ANGÉLICA GODINHO MENDES DE ABREU

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS LIGADAS À SAÚDE E À DOENÇA
ENTRE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/OS DE UM CURSO
SUPERIOR EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Universidade da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade.

Área de concentração: Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade.

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

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

Salvador-BA
2017

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

A162 Abreu, Maria Angélica Godinho Mendes de
Concepções e práticas ligadas à saúde e à doença ente professoras/es
universitários/os de um curso de superior em saúde. / Maria Angélica Godinho
Mendes de Abreu – Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2017.

128 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Requisito
para obtenção de título de Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a
Universidade, 2017.

Orientação: Profª Drª Maria Thereza Ávila Dantas Coelho
Coorientação: Prof. Dr. Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro

1. Saúde. 2. Doença - trabalho 3. Educação superior 4. Docentes I.
Coelho, Maria Thereza Ávila Dantas II. Ribeiro, Jorge Luiz Lordelo
de Sales III. Universidade Federal da Bahia. IV. Título.

CDU: 616.8:378

MARIA ANGÉLICA GODINHO MENDES DE ABREU

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS LIGADAS À SAÚDE E À DOENÇA
ENTRE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/OS DE UM CURSO
SUPERIOR EM SAÚDE**

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

Aprovada em 09 de junho de 2017

Banca examinadora

Maria Beatriz Barreto do Carmo _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia

Universidade Federal da Bahia

Mônica Ramos Daltro _____

Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde

Pública

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Yeimi Alexandra Alzate López _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia

Universidade Federal da Bahia

Renata Meira Vêras (suplente) _____

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Universidade Federal da Bahia

“Tudo o que já foi, é o começo do que vai vir”.

Guimarães Rosa (1994, p. 439)

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta trajetória vivenciei muitas aprendizagens, reencontrei a UFBA, renovada, reinventando-se, alçando voos encabeçados por pessoas de alto nível de compromisso com seu fazer e com a sociedade. Encontrei na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, a nossa Bahiana, a continência necessária para me dar liberdade e coragem de me deslocar para outro espaço acadêmico, para me arriscar a novos desafios, também guiada por uma grande mestre, visionária de novos horizontes. A essas grandes instituições e gestores com os quais pude conviver, Prof^o Naomar de Almeida Filho e Prof^a Maria Luisa Soliani, minha admiração e respeito pelo compromisso transformador que possuem com a Educação e a Saúde.

Agradeço a Deus por estar sempre comigo, meu guia espiritual, a quem fui apresentada muito cedo e sustentei a presença no meu coração.

Após uma jornada, o mais importante é seguir acreditando que podemos as coisas que profundamente acreditamos e desejamos, não importa em qual fase da vida e, principalmente, agradecer àqueles/as que, incondicionalmente, estiveram presentes e ao nosso lado. Portanto, seguirei agradecendo:

Às minhas mães Amélia (in memoriam) e Wanda, exemplos de mulher, e meu pai Antonio (in memoriam), por terem me guiado e feito acreditar em mim e no caminho do bem, acima de qualquer coisa!

Ao meu esposo Manoel por acreditar que tudo é possível, me oferecendo seu conhecimento, liberdade e habilidade culinária, me alimentando tão bem.

Aos meus amados filhos Emanuel e João Pedro por serem tão amorosos, companheiros e acreditarem em mim.

À minha querida irmã, Ana Lúcia Godinho, pela sua amorosidade, incentivo e exemplo.

À minha orientadora, Prof^a Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, a quem admiro desde que conheci, pela sua confiança, dedicação amorosa ao seu trabalho e aos seus orientandos, pelo seu conhecimento, pela pessoa que é, sempre continente e cuidadosa. Não faria mestrado com outra pessoa!!!

Ao meu co-orientador, Prof^o Jorge Luis Lordelo de Sales Ribeiro, pelo seu acompanhamento dedicado, generoso e calmo.

À querida amiga Prof^a Kátia Sá e à querida amiga e chefe Luisa Ribeiro, por terem me indicado este programa, Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, de maneira assertiva e confiante: vá, uma vaga é sua. Você pode!! Vocês foram luz nessa jornada. Continuarei confiando em vocês!!

Às queridas amigas da Bahiana, Mônica Daltro, que nos faz deslocar com sua energia e incentivo, apontando sempre o meu potencial, e Ligia Vilas Boas, por sua maneira tão natural e politizada de viver e ver a vida, ofertando-me leveza. Empurraram-me para este desafio de mãos dadas do início ao fim!! Eternamente obrigada.

Às amigas e amigos da Bahiana, em especial a Eliana Edington, Marcia Tironi, Myla Arouca, Sylvia Barreto, Maria Antonieta e Isabela Queiroz, que estiveram tão perto que não senti frio nem solidão.

À minha maravilhosa equipe do Núcleo de Atenção Psicopedagógica – NAPP (espaço de trabalho, cuidado e amorosidade), Ana Paula Barros, Camila Baqueiro, Cândida Tavares, Gustavo Vilas Boas, Joice Cavalcante, Jozélia Abreu, Luciana Santos, Ludmila Avanzo e Thaise Farias, minha eterna gratidão pelo cuidado que me dispensaram, de todas as formas possíveis, pela continência que me permitiu aceitar e seguir com este desafio.

Às minhas amigas de faculdade, eternas companheiras, Carmem, Cris, Dafne, Edna e Nide, pela torcida, entusiasmo e por não terem desistido de mim, apesar da ausência.

Aos meus amigos do grupo de pesquisa SAVIS, aos que por lá passaram e deixaram marcas e lembranças maravilhosas de encontro e aprendizagem e aos que estão: eu cresci muito ao lado de vocês e os tenho e terei sempre no meu coração. Àqueles/as que passaram: Natália (o primeiro sorriso que recebi de acolhimento neste novo mundo, nunca esquecerei!!), Carol, Júlio, Karine, Leide, Magda, Mauro, Simone, Tâmara, Tais (primeira companheira na escrita), Virgínia. Àqueles/as que estão: Carlinhos, Dani, Lú, Zé, Catharine, Fi, Juan, Nanda, Raquel.

A Carlos Porcino, um especial obrigada, cheio de admiração pela trajetória de vida, pela generosidade em compartilhar seu saber, por me deixar lhe conhecer.

A Caroline Fantinel, pelo acolhimento carinhoso e orientações na secretaria do EISU, a Pérola Cavalcanti, que fechou este processo com tanta presteza, e às queridas Jamile e Líbine, que nos deram suporte com confiança e amorosidade na recepção do espaço da pesquisa.

Um especial agradecimento, cheio de admiração, às professoras e professores que se dispuseram tão prontamente a participar desta pesquisa: sem vocês este trabalho e esta jornada não seriam possíveis.

ABREU, MARIA ANGÉLICA GODINHO MENDES. Concepções e práticas ligadas à saúde e à doença entre professoras/es universitárias/os de um curso superior em saúde. 128 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós – Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, 2017.

RESUMO

Ao longo do tempo, estudos vêm sendo realizados em torno do processo de saúde-doença. No ocidente, os conceitos de saúde e doença se transformaram, atravessados por elementos sociais, culturais e econômicos, delineando novos desafios nos campos de conhecimento, prática e educação para atender à complexidade de seus fenômenos afins. A partir da segunda metade do século XX, com o movimento da Promoção da Saúde, um novo e abrangente enfoque ampliou o campo da saúde, com foco nas condições de vida e de trabalho dos indivíduos e populações. Assim, estudos têm investigado a influência do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores, incluindo-se os professores, no entanto ainda de forma escassa entre professoras/es universitárias/os. Nesse contexto, esta pesquisa objetivou identificar e analisar as concepções e práticas de saúde, pessoais e profissionais, de professoras/es universitárias/os de um curso superior em saúde. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, com nove professoras/es. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Apesar da complexidade referida quanto aos conceitos de saúde e doença, as/os professoras/es identificaram dimensões que compõem o conceito ampliado de saúde, conformando uma perspectiva biopsicossocial, com maior ênfase sobre os aspectos psicológicos. Apresentaram uma multiplicidade de práticas promotoras da saúde que incluem as dimensões física, mental e espiritual, na direção da integralidade do cuidado em saúde. Verificou-se uma predominância das práticas individuais e uma sobreposição entre as práticas de promoção e prevenção. O conhecimento acerca do tema da promoção da saúde, desses e demais professoras/es, permeado pelas experiências vividas e pelos valores e crenças vigentes são fundamentais para a prática docente em qualquer área do conhecimento, considerando-se que as concepções tendem a referenciar as práticas. No entanto, impactos negativos da prática docente sobre a saúde dos professores sobressaíram nos resultados, sendo o estresse o impacto mais significativo. A sobrecarga de trabalho, as exigências e as cobranças aparecem como os principais aspectos geradores desses impactos. A formação desses professores denota um instrumental de grande importância para a prática docente no campo da saúde e para as práticas de promoção da saúde, fortalecendo uma educação mais ampla e menos tecnicista. Porém, faz-se necessário pensar e discutir amplamente as condições de trabalho nas instituições de Ensino Superior, uma vez que o processo de trabalho tem importância na produção de saúde-doença.

Palavras-chave: Saúde; Doença; Educação Superior; Docentes; Trabalho.

ABREU, MARIA ANGÉLICA GODINHO MENDES. Conceptions and practices related to health and disease among professors of a higher education course in health. 128 f. il. 2017. Dissertation (Masters) – Post-graduate program in Interdisciplinary Studies on the University, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, 2017.

ABSTRACT

Throughout time, studies have been performed in relation to the health-disease process. In the western culture, health and disease concepts have been transformed, traversed by social, cultural and economic elements, outlining new challenges in the fields of knowledge, practice and education to meet the complexities of the correlated phenomena. As of the second half of the twentieth century, with the Health Promotion movement, a new and comprehensive approach widened the health field, focused on the living and working conditions of individuals and populations. Accordingly, studies have been investigating the influence on the health of workers, including teachers, none the less still in a limited manner among university professors. Within this context, the present research aimed to identify and analyze the health conceptions and practices, personal and professional, of university professors of a higher education course on health. A qualitative approach was used, with nine professors. The data was collected through semi-structured interviews and analyzed using the Bardin content analysis technique. Despite the referred complexity in relation to health and disease concepts, the professors identified dimensions that form the broad health concept, providing a bio-psychosocial perspective, with greater emphasis on the psychological aspects. A myriad of health promoting practices were presented that include the physical, mental and spiritual dimensions, directed to the integrality of healthcare. Predominance was verified of individual practices and a conjunction among the health promotion and prevention practices. Knowledge about the health promotion theme, by these and other professors, permeated by experiences and prevailing values and beliefs are fundamental to the teaching practice in any area of knowledge, considering that conceptions tend to reference the practices. Nevertheless, negative impacts on the health of the professors were highlighted in the results, with stress having the most significant impact. Excessive workload, requirements and demands arise as the main aspects generating these negative impacts. The formation of these professors is of fundamental importance for the teaching practice in the area of health and for health promotion practices, enhancing a more comprehensive and less technical approach. Nevertheless, it is necessary to think and widely discuss the working conditions at Higher Education institutions, once the work process has its importance in the health-disease production.

Key-words: Health; Disease; Higher Education; Teachers; Work.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBMSP	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
FAEEBA	Faculdade de Educação do Estado da Bahia
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPP	Núcleo de Atenção Psicopedagógica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGEISU	Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade
RBPG	Revista Brasileira de Pós-Graduação
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
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

UNESCO

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OS ARTIGOS	22
2.1	ARTIGO 1 - CONCEPÇÕES DE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/OS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	23
2.2	ARTIGO 2 - PERCEPÇÃO DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS SOBRE AS REPERCUSSÕES DO SEU TRABALHO NA PRÓPRIA SAÚDE	47
2.3	ARTIGO 3 - PRÁTICAS DE SAÚDE DE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/ES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE	65
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
4	REFERÊNCIAS	105
	APÊNDICES	116
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturado	117
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121
	ANEXOS	123
	ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	124
	ANEXO B – <i>Print</i> do comprovante de submissão do Artigo 1 – FAEEDBA-Educação e Contemporaneidade	127
	ANEXO C – <i>Print</i> do comprovante de publicação do Artigo 2 – Revista Brasileira de Pós-Graduação	128

APRESENTAÇÃO

O meu percurso profissional envolvendo as áreas da educação e saúde inicia no âmbito hospitalar em 1992. Desde então, o meu interesse e identificação com as temáticas que envolvem o processo saúde-doença-cuidado vêm se ampliando e, conseqüentemente, encontrando caminhos férteis de prática.

Ao ingressar como profissional no ensino superior, uma nova compreensão do mundo acadêmico se descortinou e o contato diário com o processo de ensino-aprendizagem me permitiu uma interlocução e interesse sobre uma prática instigante, desafiadora, movida pela reflexão, atenção e cuidado. Ingressei como profissional numa instituição superior vocacionada para a área da saúde, a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Nesse contexto, fui desafiada a assumir novos espaços de prática, estando há oito anos como coordenadora do Núcleo de Atenção Psicopedagógica (NAPP), onde atuo com uma equipe multidisciplinar na atenção aos discentes e docentes. Esse Núcleo oferece atendimento clínico e psicopedagógico, num amplo espectro de práticas que envolvem vários aspectos da vida universitária, sempre na perspectiva do cuidado com a saúde mental dessa comunidade.

Nessa trajetória, fui identificando de forma crescente o meu interesse e necessidade de me aproximar das discussões e práticas que envolvem os serviços de saúde, assim como as reais necessidades do sistema de saúde público do país. Assim, o interesse em ingressar no mestrado se concretizou através da proposta do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU), da Universidade Federal da Bahia, o qual possibilita uma compreensão ampla sobre a instituição universitária, tão importante para a transformação da sociedade, com um núcleo de pesquisa que permite a interlocução entre educação, saúde e subjetividade, o Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS), que agrega as áreas da minha formação e a minha prática profissional. Desse modo, ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a relação ensino-aprendizagem e a formação de profissionais para a área da saúde permitiria uma articulação entre a teoria e a prática, contribuindo com novas reflexões, discussões e perspectivas para as áreas da educação e da saúde. Assim foi se delineando um projeto capaz de investigar como os professores da área de saúde concebem a saúde, praticam o autocuidado e, mais ainda, como percebem a

influência do trabalho docente sobre a própria saúde. Essas questões traçam caminhos para pensarmos sobre a importância desses atores, que compõem uma rede que responde por campos pilares e transformadores de uma sociedade. Sem educação e saúde o que resta a uma população? Para onde avançar?

Este estudo pretende contribuir, portanto, com as discussões acerca das concepções e práticas ligadas à saúde e à doença nos ambientes de formação, assim como nos serviços de saúde, visando ações reflexivas e críticas a respeito dos processos de saúde-doença e dos modelos de atenção e práticas adotados. Busca-se com isso diminuir a distância entre o pensar e o fazer.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, no ocidente, os conceitos de saúde e doença se deslocaram, atravessados por elementos sociais, culturais e econômicos. Da antiguidade até os tempos atuais, uma consciência histórica vem se delineando de que tais conceitos são construídos socialmente, numa relação entre os indivíduos e seu meio.

Muitos foram os marcos que influenciaram as concepções e as práticas voltadas para os fenômenos da saúde e da doença: as crenças religiosas, a relação do homem com a natureza, o poder da Igreja, o Renascimento, o Iluminismo, a descoberta do microscópio, o processo de industrialização, a segunda grande guerra, entre outros que tiveram significado e importância para a história dos conceitos e da ciência. Eles revelam um movimento de relação entre o processo sócio-histórico e a necessidade do homem em responder aos fenômenos que lhe rodeia e desafia.

Vale ressaltar que a partir do positivismo, com a racionalidade científica, foi dado maior enfoque às causas biomédicas que afetam o equilíbrio do corpo humano. Com o desenvolvimento técnico-científico, a subjetividade e demais dimensões da vida do ser humano permaneceram consideradas de maneira periférica e o modelo biomédico segue até os dias atuais pautado na abordagem biologicista, medicalizante e procedimental. Tal concepção ainda é dominante.

Uma das direções contemporâneas para o conceito de saúde surge com a proposição da Organização Mundial de Saúde (OMS) segundo a qual a saúde é "o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças" (OMS, 1946, p. 1). Apesar de envolver diversas dimensões em torno da vida humana, esse conceito sofre questionamentos, já que aborda a questão de maneira utópica.

Na década de setenta do século XX, o filósofo americano Christopher Boorse cria a teoria bioestatística da saúde, sustentada no modelo biomédico, na qual considera que a saúde é o desempenho natural dos órgãos, um conceito negativo, caracterizado pela ausência de doença (ALMEIDA FILHO e JUCÁ, 2002). O conceito negativo de saúde é contestado por diversos autores, a exemplo de Almeida Filho e Jucá (2002), Lefevre e Lefevre (2007) e Canguilhem (2014), entre outros. Canguilhem, filósofo e médico francês, rompeu com o conceito de saúde do século XIX e considerou a saúde como independente de padrões pré-estabelecidos

(Coelho, 1999). Para esse autor, com postulados que se mantêm atuais, a doença não implica a perda da normalidade e sim outra forma de normalidade, pois o fenômeno patológico também é considerado normal, já que faz parte da vida. Desse modo, as práticas biomédicas passam a não mais responder às necessidades complexas de saúde da sociedade (CZERESNIA, 2009), demandando novas proposições capazes de apreender a realidade de maneira mais ampla, integrando as diversas dimensões da vida.

Nesse contexto, a Promoção da Saúde, que parte de um dos três níveis de prevenção do modelo natural da doença de Leavell e Clark, de 1965, é retomada em 1974 como um movimento renovador das políticas de saúde no Canadá, fundamentado e sedimentado através do Informe Lalonde, que cria o conceito de campo da saúde, o qual inclui os componentes da biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (SCLIAR, 2007, BUSS, 2009). Uma nova promoção da saúde se delineia a partir do modelo dos determinantes sociais da saúde, de Dalgreen e Whitehead (BUSS, 2007), e este movimento se expande por todo o mundo.

Conferências internacionais foram realizadas contemplando bases para o estabelecimento conceitual e político da Promoção da Saúde. No entanto, foi a Carta de Ottawa, de 1986, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que se manteve como referência no mundo para o desenvolvimento de um processo com o objetivo de promover a autonomia dos indivíduos e grupos sociais na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (BUSS, 2009, CZERESNIA 2009). No Brasil, no mesmo ano, a VIII Conferência Nacional de Saúde propôs um conceito ampliado de saúde, que inclui educação, alimentação, habitação, renda, lazer, entre outros aspectos. Essa nova formulação serviu de alicerce para a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

As práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças têm o caráter amplo de contemplar a capacidade do indivíduo de influenciar e modificar seu estilo de vida e, também, o próprio ambiente em que vive. Segundo Teixeira e Vilasbôas (2014), as práticas de saúde podem ser: promocionais, preventivas, assistenciais e reabilitadoras. A primeira contempla estratégias voltadas para mudanças no estilo de vida e comportamentos vinculados à alimentação, exercícios físicos, uso de álcool e outros elementos, bem como a garantia de acesso a ambientes que favoreçam a

saúde, como a escola, o trabalho e o lazer, entre outros. A segunda volta-se para a detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco ou causas de determinadas enfermidades (BUSS, 2009), enquanto que as assistenciais referem-se aos cuidados dispensados às pessoas doentes. As reabilitadoras, por fim, envolvem ações de recuperação e reabilitação das sequelas deixadas pela doença ou agravo à saúde (TEIXEIRA, BILASBÔAS, 2014).

Um movimento articulado pela OMS promoveu a difusão dessas idéias, propondo mudanças no estilo de vida das pessoas, formulação de políticas públicas e a criação de redes de municípios saudáveis. A OMS recomenda que seus Estados-Membros se responsabilizem por todo o processo de criação de políticas e programas direcionados a promover a saúde e uma vida de boa qualidade para as pessoas individualmente e para as suas comunidades. No Brasil, políticas e programas foram implantados, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2006), da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC (2006), do Programa Academia da Saúde - PAS (2013) e do Guia Alimentar para a População Brasileira - GAPB (2014). Segue-se, portanto, com novas demandas de reflexão e operacionalização do conceito ampliado de saúde, com foco para além da doença, do doente, dos fatores de risco, abrangendo as condições de vida e trabalho, os profissionais de saúde e de outras áreas, a população e conhecimentos de outras áreas, de modo a dar continência e atuar sobre os principais problemas de saúde (BATISTELA, 2007).

Todo esse processo dinâmico e complexo que envolve a saúde e a doença engloba também a reorganização do trabalho e as, não menos complexas, relações entre os indivíduos e seus espaços de vida e de trabalho, alguns dos níveis de organização da vida. A rápida transformação social, o desenvolvimento tecnológico e científico, a difusão do conhecimento e a necessidade emergente de atender à complexidade dos problemas da contemporaneidade desafiaram também a Universidade. Tamanha necessidade mobilizou o setor da saúde e, conseqüentemente, provocou uma demanda para a área da educação na perspectiva de transpor o modelo biomédico, a educação pautada no ensino utilitarista, tecnicista e cientificista, além de garantir a consolidação do Sistema Único de Saúde através dos seus eixos estruturantes: a universalidade, a equidade e a integralidade (ALMEIDA FILHO, 2011).

A partir da segunda metade do século XX, a democratização do acesso, a responsabilidade social e as práticas de formação profissional foram as novas pautas de mudança. Desse modo, a reformulação da produção do conhecimento e da formação dos profissionais de saúde passou a ser imprescindível. Novas exigências, portanto, vão se delineando no ensino superior com as transformações sociais e as exigências educacionais. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), tratando-se aqui, principalmente, da área da saúde, propõem um currículo com componentes curriculares articulados, capaz de formar profissionais reflexivos, críticos, cidadãos, éticos, assim como o uso de metodologias ativas, o que vai exigir do docente uma postura ativa, dialógica, continente e aberta à escuta do sujeito frente ao seu processo de aprendizagem.

É com a mercantilização do ensino superior, a crescente demanda por produções científicas e publicações e o acúmulo de atividades em torno do cotidiano docente, como as atividades administrativas, sala de aula, planejamento, avaliações e as próprias relações, que se delineia uma intensificação e sobrecarga de trabalho, podendo gerar adoecimento, desconforto, mal-estar ou até mesmo limitar e impedir o professor de trabalhar (BOSI, 2007; STRACK, LOGUÉRCIO, DEL PINO, 2009; RIBEIRO; CRUZ, 2011). Tais mudanças e exigências tendem a impactar no tempo dedicado ao trabalho e à vida privada dos professores universitários e pesquisas passam a retratar que tais mudanças provocam uma repercussão, muitas vezes, negativa do trabalho sobre a saúde dessa população. Problemas ligados à voz, a dores musculoesqueléticas, ansiedade, estresse e irritabilidade são frequentes (LE MOS, 2005; REIS et al., 2005; FONTANA, PINHEIRO, 2010; SUDA et al., 2011). Esses dados são importantes no intuito de se investigar as causas e os efeitos do trabalho docente sobre a saúde dos professores universitários, de modo a provocar mudanças, seja na gestão ocupacional, seja na atitude reflexiva e preventiva dos professores sobre a própria saúde.

Ainda assim, pesquisas apontam que a Universidade continua sendo um espaço de trocas que propicia a autonomia e a criatividade (LOPES, 2006; SILVÉRIO et al., 2010), fatores promotores de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância das práticas de saúde realizadas pelos professores para a preservação da própria saúde. Segundo EPP (1996), as práticas de saúde enquanto autocuidado se referem àquelas adotadas por um indivíduo na tentativa específica de conservar a sua saúde. Apesar da limitação dos conceitos frente à complexidade da vida e da

realidade, são estes que referenciam as práticas e permitem rediscuti-las e aprimorá-las (BATISTELA, 2007).

É nessa perspectiva que este estudo tem por **objetivo geral** identificar e analisar as concepções e práticas de saúde, pessoais e profissionais, de professoras/es universitárias/os de um curso superior em saúde. Partiu-se do princípio de que as concepções de saúde e doença estão impregnadas pelas experiências de vida, influenciam as práticas e se transformam a partir da articulação do indivíduo com o contexto político, econômico, social, histórico e cultural. Como **objetivos específicos** buscou-se identificar as práticas de prevenção à doença, promoção da saúde e práticas terapêuticas das/os professoras/es universitárias/os e analisar a percepção das implicações do trabalho docente na saúde dos professores participantes desta pesquisa.

Quanto ao aspecto metodológico adotado, trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (1977). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, em dias e horários previamente combinados, no período de dezessete de setembro até vinte de novembro de 2014, com nove professores de um curso superior em saúde¹, de uma Universidade Pública, que atualmente conta com 11 docentes, sendo nove mulheres e dois homens. Foram excluídas da amostra duas professoras, por pertencerem à equipe desta pesquisa. As entrevistas foram gravadas com a utilização de aparelho celular e computador portátil (*laptop*) e, posteriormente, transcritas na íntegra no *Microsoft Word*.

Foram cumpridas as exigências éticas definidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do Parecer 741.187 (ANEXO A). Todas/os as/os participantes do estudo tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, ficando uma com cada participante e a outra com a pesquisadora, que a manterá em segurança por cinco anos. Obedecendo às recomendações do CNS, o TCLE contém dados de identificação dos responsáveis pela pesquisa, linguagem clara, objetivos

¹A não identificação do curso se deveu ao número reduzido de seus professores, visando garantir o sigilo ético a partir da não identificação dos mesmos.

da pesquisa, justificativa, local onde seria realizada, possíveis riscos, previsíveis benefícios, garantia quanto à privacidade e ao anonimato.

Para a estruturação da dissertação em formato de artigos, seguiram-se as recomendações dispostas na Resolução nº 003/2011, do PPGEISU (UFBA, 2011). Assim, como produtos desta pesquisa, foram elaborados três artigos: os dois primeiros seguem as recomendações dos periódicos a que foram submetidos e o terceiro atende às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), com previsão de ser submetido em curto espaço de tempo. O primeiro artigo, submetido à Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, em 14 de maio de 2016 (ANEXO B), discorre sobre a evolução histórica dos conceitos de saúde e doença, além de descrever e analisar as concepções de saúde e doença das/os professoras/es participantes desta pesquisa. O segundo artigo, publicado no número 31 da Revista Brasileira de Pós-Graduação - RBPG (ANEXO C), contempla a influência das transformações sociais, econômicas e culturais no contexto da educação e conseqüentemente da saúde das/os professoras/es do ensino superior, além de analisar a percepção das implicações do trabalho docente na saúde dessas/es profissionais. O terceiro artigo, por fim, discorre sobre o movimento da promoção da saúde e as mudanças decorrentes dessa nova direção frente às necessidades de saúde da população, além de identificar e analisar quais as práticas de saúde que as/os professoras/es realizam, sejam elas de promoção da saúde, prevenção de doenças, integrativas e complementares ou religiosas.

2 OS ARTIGOS

Nesta seção, apresentamos os três artigos que compõem esta dissertação, os quais foram produzidos no decorrer da pesquisa a partir das análises empreendidas.

O primeiro artigo, intitulado **Concepções de professoras/es universitárias/os sobre o processo saúde-doença**, foi submetido à Revista da FAEEBA – Educação e Contemporaneidade, publicada pelo Departamento de Educação da Universidade Estadual da Bahia.

O segundo artigo, com o título **Percepção de professores universitários sobre as repercussões do seu trabalho na própria saúde**, foi publicado no número 31 da Revista Brasileira de Pós-Graduação, em 29 de março de 2017, publicada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

O terceiro artigo, com o título **Práticas de saúde de professoras/es universitárias/os de um curso de graduação na área da saúde**, será submetido após a defesa do mestrado.

2.1 ARTIGO 1

CONCEPÇÕES DE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/OS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu²
 Maria Thereza Ávila Dantas Coelho³
 Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro⁴

RESUMO

Ao longo do tempo, estudos vêm sendo realizados em torno do processo de saúde-doença. No ocidente, os conceitos de saúde e doença se transformaram, atravessados por elementos sociais, culturais e econômicos. Esta pesquisa objetivou identificar e analisar as concepções de professoras/es universitárias da área da saúde acerca da saúde e da doença. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, com nove professoras/es. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Apesar da complexidade referida quanto aos conceitos de saúde e doença, foi possível identificar dimensões que compõem o conceito ampliado de saúde, conformando uma perspectiva biopsicossocial, com maior ênfase sobre os aspectos psicológicos. A formação desses professores denota um instrumental de grande importância para a prática docente no campo da saúde e para as práticas de promoção da saúde, fortalecendo uma educação mais ampla e menos tecnicista. No entanto, faz-se necessário ampliar as pesquisas com docentes de outros cursos e gerar novos debates, visando possíveis mudanças nos currículos, nas práticas docentes e nas práticas de promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde; Doença; Educação Superior; Docentes.

THE CONCEPTIONS OF UNIVERSITY PROFESSORS ABOUT THE HEALTH-DISEASE PROCESS

ABSTRACT

Over time, studies have been conducted around the health-disease process. In the West, the concepts of health, disease and illness suffered a transformation through time, influenced by social, economical and cultural elements. The objective of this paper was to identify and analyze the conceptions of university teachers of health about health and disease. We employed a qualitative approach throughout this study,

² Psicóloga formada pela UFBA e Mestranda do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da UFBA. E-mail: angelicagmendes@yahoo.com.br.

³ Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública e Coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). E-mail: therezacoelho@gmail.com.

⁴ Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Doutor em Educação e Pesquisador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). E-mail: josales@ufba.br.

with nine professors. Data was collected through semi-structured interviews and analyzed with the Bardin content analysis technique. Despite the complexity of the professors' concepts of health and disease, it was possible to identify elements that constitute the expanded concept of health, with a focus on the biopsychosocial model with an emphasis on the psychological aspects. The training of these professors denotes an instrument of great importance for the practices of education in health and health promotion, strengthening an ample and less technicist teaching methodology. Nevertheless, it is necessary to expand the research with teachers from other courses and generate new discussions to promote changes in curriculums, teaching and health promoting practices.

Key words: Health; Disease; Higher education; Professor.

CONCEPCIONES DE PROFESORES UNIVERSITARIAS/OS SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

RESUMEN

A lo largo del tiempo, se han hecho estudios sobre el proceso de salud-enfermedad. En el occidente, los conceptos de salud y enfermedad se transformaron, por influencia de elementos sociales, culturales y económicos. Esta investigación tuvo como objetivo identificar y analizar las ideas de profesoras/es universitarias/os del área, sobre la salud y sobre la enfermedad. Fue utilizada una metodología cualitativa, con nueve profesoras/es. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semiestructurada y analizados utilizando la técnica de análisis de contenido de Bardin. A pesar de ser un tema complejo, fue posible identificar dimensiones que componen el concepto ampliado de salud, mostrando una perspectiva biopsicosocial, con mayor énfasis sobre los aspectos psicológicos. La formación de estos profesores denota un instrumental de gran importancia para la práctica docente en el campo de la salud y para las prácticas de promoción de la salud, fortaleciendo una educación más amplia y menos tecnicista. Entretanto, es necesario ampliar las investigaciones con docentes de otros cursos y propiciar nuevos debates, para que haya posibles cambios en los currículos, en las prácticas docentes y en las prácticas de promoción de la salud.

Palabras clave: Salud; Enfermedad; Educación Superior; Profesor.

CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Ao longo do tempo, estudos vêm sendo realizados em torno do processo de saúde-doença. A doença sempre se mostrou uma ameaça à humanidade, a qual busca enfrentá-la com base em diferentes conceitos. Na antiguidade, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino (SCLIAR, 2007). O pensamento mágico-religioso, representado pelos sacerdotes, xamãs, pajés, curandeiros e benzedeiros era responsável por eliminar o mal e favorecer a cura.

No auge da civilização grega, a medicina cultuava as divindades, mas buscava explicações naturalísticas sobre a saúde e a doença que envolvessem a relação entre o homem e a natureza (BATISTELLA, 2007). Neste sentido, Hipócrates de Cós é considerado como um dos médicos gregos pioneiros que estabeleceram as bases da medicina moderna (RIBEIRO JR, 2003). A noção de saúde/doença como equilíbrio/desequilíbrio remonta à época hipocrática, quando foram associados quatro elementos da natureza aos 'humores do corpo humano'. A doença era denominada de "patologia humoral" (HEGENBERG, 1998, p. 21). Da época antiga e fazendo também uma referência à ideia de equilíbrio, embora de forma distinta, temos as concepções da cultura oriental, que sobrevivem até hoje, e que afirmam que as forças vitais, ou a homeostase interna, resultante do equilíbrio das energias, influencia e promove a saúde do indivíduo. Práticas como a Yoga, a Acupuntura, o uso de chás, o Tai Chi Chuan, entre outras, se baseiam nestes fundamentos (SILVA, 1997; SCLIAR, 2007).

Na idade média, com a expansão da Igreja Católica, a doença é tomada como castigo e sua cura é entendida pela via da fé. Os religiosos tendiam a cuidar dos doentes e os hospitais eram espaços de abrigo e acolhimento. Com as novas rotas de desbravamento e a expansão comercial, muitos agentes infecciosos se tornaram ameaça a povos praticamente indefesos. Em meio a esse processo, deu-se início a ascensão da burguesia e, com a chegada do Renascimento, os estudos se tornaram mais descritivos e a dissecação de cadáveres começou a ser praticada (BATISTELLA, 2007).

A idade moderna foi marcada pela observação direta e objetiva dos fenômenos, pela racionalidade e valorização do conhecimento crítico, estruturando-se a partir do pensamento científico de René Descartes e do Iluminismo. Nesse período, com o desenvolvimento da Anatomia, a doença passou a ser localizada nos órgãos, os hospitais passaram a ser espaços de cura e de produção de conhecimento e de ensino. A ênfase passou a ser colocada "nos aspectos biológicos, individuais e na abordagem mecanicista" e fragmentada do corpo (BATISTELLA, 2007, p. 64; SCLIAR, 2007).

Ao longo da história, no ocidente, os conceitos de saúde e doença seguem num processo de transformação, atravessados por elementos sociais, culturais, econômicos, pela descoberta de microrganismos passíveis de serem identificados e

prevenidos, bem como por estudos cada vez mais abrangentes e referenciados pelos controles estatísticos, como os de morbimortalidade (SCLIAR, 2007).

Na Inglaterra, no século XIX, a partir dos estudos de John Snow sobre a epidemia de cólera, marca-se a importância de se “contabilizar as doenças”, um marco para o nascimento da estatística e da epidemiologia como ciência (TERRIS, 1996; SCLIAR, 2007, p. 34). Neste período, denominado de Idade Contemporânea, a doença passa a ser considerada, então, como um desvio da normalidade.

Com o processo de industrialização na Inglaterra e, portanto, o agravamento das condições sanitárias da população, Edwin Chadwick, em 1842, escreve um importante relatório - “As condições sanitárias dos trabalhadores da Grã-Bretanha” -, levando o parlamento a criar uma Diretoria Geral de Saúde, marcando o “início oficial da saúde pública na Grã-Bretanha” (SCLIAR, 2007, p. 35). Também Rudolf Virchow destaca-se como cientista alemão que tratará do caráter político da “saúde pública”, com práticas de saúde capazes de intervir na vida política e social, na tentativa de eliminar os prejuízos à saúde da população (BUSS, 2007, p. 78).

Na França, emerge a medicina social, na sua essência como resultante da Revolução Industrial, consequência cada vez maior da pressão dos trabalhadores que se aglomeravam e solicitavam melhores condições de trabalho e de vida. O médico Louis René Villermé se destaca a partir dos seus estudos voltados para a saúde da população operária (PAIM, ALMEIDA FILHO, 2014; SCLIAR, 2007; SMEKE, 1992). Desse mesmo modo, a medicina social inglesa defendia e correlacionava as doenças prevalentes da época com as condições ambientais e ocupacionais, considerando-as passíveis de serem prevenidas. Tal perspectiva refletiu fortemente no Canadá, sendo resgatada no século XX pela necessidade de controlar os custos crescentes da assistência médica e pelos questionamentos à abordagem exclusivamente médica e curativa para as doenças crônicas. Amplia-se a compreensão da participação dos “determinantes gerais sobre as condições de saúde”, o que irá influenciar o moderno movimento de promoção da saúde naquele país e, posteriormente, a nível internacional (BECKER, 2001, p. 9; BUSS, 2009).

O filósofo e médico francês Georges Canguilhem rompeu, em 1943, com a concepção de saúde do século XIX, questionando a diferença quantitativa entre o normal e o patológico, focando na saúde sem subordinação a um modelo pré-definido (COELHO, 1999). Para Canguilhem (2014), no normal e no patológico existe a força de dois fenômenos qualitativamente diferentes. Esse autor considera

que a norma surge em função do aparecimento do anormal, que o fenômeno patológico também é considerado normal, já que faz parte da vida. Voltar ao normal significa voltar a uma atividade, mesmo numa condição inferior ou diferente da anterior. Essa é outra concepção de saúde, segundo a qual a perda da normalidade não significa doença e sim outra forma de normalidade, sem estar, necessariamente, subordinada a um padrão. Nesta direção, a saúde inclui a subjetividade, pois considera a sua relação com a capacidade do indivíduo responder e se relacionar com o meio, conforme apontaram Coelho e Almeida Filho (1999).

A psicanálise, ao considerar o psiquismo no processo saúde-doença, chama a atenção para o discurso como um instrumento capaz de restaurar a singularidade do sujeito como produtor de sentido. Tal perspectiva pode se ligar ao pensamento de Canguilhem, quando este defende que a norma é sempre individual.

O texto de Canguilhem mostra, ainda, como indivíduo e meio não são normais ou anormais considerados separadamente. É sempre na relação entre eles que se pode considerar uma norma sã ou patológica (SILVA, 2012, p. 67).

Após a Segunda Grande Guerra (1945), com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), emerge um novo conceito, considerando-se a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”⁵ (OMS, 1946, p. 1). Esse conceito passa a provocar muitas divergências e questionamentos, principalmente pelo seu caráter pretensamente utópico, representando uma relação direta com os anseios do pós-guerra.

Segundo Coelho e Almeida Filho (2002), a difícil tentativa de formular um conceito consensual de saúde está registrada desde a Grécia Antiga. De acordo com Buss (2007, p. 80), há um nível de tensão que permanece ao longo dos anos através das mudanças articuladas pela própria OMS, com enfoques mais voltados para os “aspectos biológicos, individuais e tecnológicos, intercalados com outros em que se destacam fatores sociais e ambientais”.

Morin (2006) aponta a tensão como necessária e própria da complexidade, já que a tensão é produto de forças, muitas vezes diferentes e até opostas, sendo o antagonismo complementar e não excludente. Trata-se de uma tensão entre a busca

⁵ Tradução livre.

por um saber não fragmentado, não isolado e a constatação da “incompletude de qualquer conhecimento” (MORIN, 2006, p.7). Deste modo, Morin traz uma concepção de homem como sujeito incompleto, como pensado pela teoria psicanalítica e, portanto, marcado pelo desejo e pelo impulso de se deslocar.

No Canadá, Marc Lalonde criou o conceito de campo da saúde, como abrangendo a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (SCLIAR, 2007). Em 1974, com a publicação do Relatório Lalonde, cresce o movimento de ações sanitárias para ações de promoção à saúde, focando-se nas outras três dimensões do campo da saúde apontadas, para além do cuidado médico. Pode-se pensar em campo, conforme citado por Almeida Filho e Paim (2014, p 3), como referindo-se a um “espaço social mais amplo e complexo que uma simples área do conhecimento”. Tal perspectiva aponta, conseqüentemente, para “o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde num contexto mais amplo” (EPP, 1996, p. 26).

Desta forma, diferentes abordagens seguem revisando a proposta da OMS da década de 40 do século passado. Entre as mais influentes estão aquelas embasadas numa visão biologicista e mecanicista do corpo e da sua relação com o meio; outras estão voltadas para as influências do contexto social, determinando uma infidelidade do meio para com o indivíduo, mostrando-o como vulnerável às condições existentes. Sobre essa abordagem, Caponi (1997) refere que se corre o risco de dar um peso maior às condições sociais, colocando o foco apenas no combate às adversidades sociais. Salienta a importância de incluirmos, nessa análise, os próprios sujeitos, atores do seu próprio sofrimento e reconhecedores das suas dificuldades para enfrentar as demandas que o meio lhes impõe.

Segundo Medeiros (2005, p. 263), a Psicologia Social vai se utilizar do conceito de subjetividade quando considera que “ser cidadão e sujeito de direito são formas de subjetividade, de viver e de relacionar-se consigo” e, principalmente, que os aspectos orgânicos, comportamentais e sociais são constitutivos do ser humano biopsicossocial.

Cristopher Boorse (apud ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002), autor da Teoria Bioestatística da Saúde, discute a saúde como ausência de doença, interpretando-a de modo negativo à doença, na medida em que concebe a doença pelos parâmetros da patologia, ou seja, uma função biológica funcionando fora da normalidade, centrada no indivíduo. Chama à atenção como a subjetividade não é considerada

importante nesse processo, pois, nessa perspectiva, não são seres humanos que adoecem e sim organismos biológicos.

Coelho e Almeida Filho (2002) assinalaram a existência de uma carência de estudos sobre o conceito positivo de saúde nos mais diversos campos científicos, o que persiste ainda hoje. Consideraram que a cultura da doença está diretamente relacionada aos investimentos da indústria farmacêutica que direcionam suas pesquisas para essa hegemônica lógica da saúde como mera ausência de doença.

Nesse sentido, Lefevre e Lefevre (2007, p. 17) consideraram o discurso hegemônico da saúde como um retorno a um equilíbrio frente à ameaça da doença, em nome de uma perspectiva de “não morte”. Conformando-se com essa visão, Birman (2007) confere a esse discurso um caráter manipulador e regulador das práticas individuais e coletivas, na direção, muitas vezes, do corpo perfeito e jovem. Trata-se, portanto, do risco de uma comercialização desenfreada e, muitas vezes, midiática, de produtos e serviços de saúde em prol da promessa de uma vida longa e saudável. Neste caso, a busca pela cura ou prevenção das doenças está atrelada à tecnologia. É nesta direção que Lefevre e Lefevre (2007, p.17) referem que a doença é a “própria razão de ser desse sistema produtivo”, já que provoca ações e reações de combate a algo que é considerado insuportável: a morte.

Para esses autores, a saúde, considerada a partir do modelo hegemônico, busca como resultado o “restabelecimento do equilíbrio rompido pela doença ou a prevenção do rompimento desse equilíbrio” (LEFEVRE & LEFEVRE, 2007, p.22). A partir deste enfoque, a doença é vista como um ataque ao organismo, que gera uma defesa para recuperar a sua integridade, ou seja, a saúde. Avançando além do modelo hegemônico vigente, esses autores consideram que estudar as doenças e suas causas básicas pode fazer emergir a saúde e, através dos indivíduos adoecidos, o que se revela da sociedade em que vivem. Safatle (2011) segue nessa direção, considerando que a doença não é um discurso pronto a ser interpretado pelo saber clínico, mas aquilo que se apresenta do sujeito na sua inter-relação com o contexto.

Czeresnia (2007) analisa o conceito moderno de doença a partir da concepção mecanicista do corpo, como um corpo desvitalizado, numa visão fragmentada do homem, que encobre as relações com as emoções e a singularidade.

Apesar do reconhecimento de que meio ambiente e estilo de vida, aspectos psíquicos e sociais são importantes contribuintes para a gênese das doenças, há um hiato epistemológico entre as explicações destas distintas ordens de realidade. As articulações entre elas são avaliadas como relação entre ‘fatores’ e doença (CZERESNIA, 2007, p. 21).

Desse modo, ela refere que há um limite da biologia e da biomedicina, ainda incapaz de “integrar o papel do outro na compreensão dos fenômenos de constituição do corpo, na saúde e na doença” (CZERESNIA, 2007, p. 23).

No Brasil, na década de 1980, a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) propõe um conceito ampliado de saúde, que passa a ser entendida como:

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Contrapondo-se ao modelo biomédico, centrado no indivíduo e na patologia, essa proposição aponta para uma direção mais positiva da saúde, quando inclui as dimensões econômica, social e política. Mais do que um conceito ampliado, a ideia de saúde como direito de cidadania é consonante à ideia de Estado forte, provedor de direitos sociais, alinhado ao próprio conceito da OMS, que surge no contexto do pós-guerra, visando à construção de Estados de bem-estar social.

Essa nova formulação serviu de alicerce para a estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Impactou, também de forma definitiva, nos modelos de atenção à saúde, antes voltados para a assistência e prevenção de doenças, que passaram a incluir a concepção de promoção realizada de forma descentralizada, regionalizada e contemplando a participação social (PAIM, 2009).

Na literatura, pode-se encontrar críticas a essa nova proposição (BATISTELLA, 2007; CARVALHO, 2004), em especial ao conceito de promoção da saúde, considerando sua versão reduzida em que tal conceito recai sobre o comportamento do indivíduo, sobre escolhas referenciadas num viver saudável que, a priori, pode ser influenciado por regras e definições pré-determinadas, provocando

uma intervenção do poder público na vida do cidadão. Tais versões podem contribuir como uma forma de controle social, levando a uma não responsabilização do poder público, conforme citam Lefevre e Lefevre (2004, p. 153-154).

[...] é preciso que se saliente que as ações de promoção de saúde ao intentarem modificar estilos e comportamentos de vida devem evitar, ao máximo, a intrusão nos assuntos das famílias, desrespeitando posições minoritárias ou divergentes daquelas hegemônicas na sociedade (...). Assim sendo, não se justificaria a imposição de restrições a pessoas autônomas em nome de benefícios para elas, benefícios julgados segundo uma ótica externa [...].

Porém, como uma necessidade norteadora da ciência, estudiosos continuam tentando definir padrões de normalidade, estabelecer critérios e padrões para a saúde e a doença, além de refletir sobre suas implicações na assistência, na pesquisa, na formação profissional e nas políticas públicas.

Coelho e Almeida Filho (2002), comentando o modelo criado por Arthur Kleinman na Psiquiatria Transcultural, ressaltam a influência de determinantes culturais sobre os padrões de saúde–doença, em que diversos elementos envolvidos com a enfermidade e com o paciente participam do processo do tratamento e da cura. Segundo Pondé (2007, p. 41), a Antropologia Médica contribuiu para “culturalizar a medicina”, favorecendo a compreensão de que “é o contexto que determina se um comportamento é positivo ou problemático”. Assim, as experiências de vida são repletas de sentido e significados, na medida em que elas são compreendidas a partir do seu contexto histórico e cultural.

Para Barata (2012), a autoavaliação é um dos indicadores que ajudam a avaliar a condição de saúde de uma população. Assim, a autoavaliação sobre a própria saúde está intimamente relacionada com o conceito de saúde internalizado por cada indivíduo. A percepção, portanto, sobre as próprias condições de vida e de saúde pode funcionar como indicador de mudança, seja na perspectiva individual ou coletiva, ou mesmo como instrumento de sensibilização para gestores (FONTANA; PINHEIRO, 2010).

Trata-se, então, de estudar uma questão que envolve conceitos complexos, que sofrem mudanças ao longo do tempo e estão relacionados com as políticas públicas. Desta forma, pesquisas junto à classe docente universitária tornam-se relevantes, principalmente com aqueles que se encontram como educadores na área da saúde. Nesse contexto, no presente estudo, objetivou-se descrever e

analisar as concepções de saúde e doença de algumas/alguns professoras/es dessa área.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. Foi realizado com nove professores de um curso superior em saúde⁶, de uma Universidade Pública, que atualmente conta com 11 docentes, sendo nove mulheres e dois homens. Foram excluídas da amostra duas professoras, por pertencerem à equipe desta pesquisa. Na época, as/os participantes do estudo se encontravam em regime de trabalho de dedicação exclusiva na Universidade, com alto nível de qualificação, na medida em que oito possuem o doutorado e uma o pós-doutorado. A faixa etária do grupo variava de 36 a 59 anos, com média de 45 anos. Os participantes estão representados, neste estudo, pela letra P, de participante, acrescida de um numeral.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram realizadas em sala reservada, em dias e horários previamente combinados, no período de dezessete de setembro até vinte de novembro de 2014. A entrevista contou com um roteiro semi-estruturado de trinta e uma questões. Para este estudo foram contempladas apenas a investigação dos dados sócio-demográficos referentes à idade, sexo, estado civil, religião, cidade de nascimento, cor autodeclarada, curso em que leciona, titulação, instituição em que leciona, pós-graduação e as seguintes perguntas: ‘o que é saúde para você?’, ‘o que é doença para você?’, ‘você se sente saudável?’.

As entrevistas foram gravadas com a utilização de aparelho celular e computador portátil (*laptop*) e, posteriormente, transcritas na íntegra no *Microsoft Word*. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), que a define como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens [...] (BARDIN, 1977, p. 42).

⁶A não identificação do curso se deveu ao número reduzido de seus professores, visando garantir o sigilo ético a partir da não identificação dos mesmos.

Para uma representação mais pormenorizada dos dados brutos foi realizada a categorização a partir da análise temática, identificando-se as unidades de significação por proximidade e sentido, dando origem a três categorias: 1) Concepções de saúde; 2) Concepções de doença; 3) Autopercepção de saúde.

O estudo foi conduzido segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, conforme aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através do Parecer 741.187. Todos os professores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

Batistella (2007) afirma que “os conceitos são a referência da prática”, ou seja, é através de profunda e contínua investigação e revisão dos conceitos que se torna possível manter as políticas e práticas também em constante revisão. Tais revisões incluem a participação da filosofia e da literatura como complementares à medicina, havendo uma necessidade de revalorização de diferentes linguagens,

ampliando o conhecimento científico ao que é singular, subjetivo, cultural (CZERESNIA, 2009). Podemos perceber isso na fala de um dos participantes:

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

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

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

Existe complexidade, de fato, quando os componentes que constituem um todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico) são inseparáveis e existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes (MORIN, 2003, p. 14).

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

No presente estudo, as concepções acerca da saúde e da doença foram classificadas em duas categorias, conforme citado anteriormente. Quanto à categoria ‘concepções de saúde’, foi possível identificar dimensões que compõem o

conceito ampliado de saúde, havendo uma concentração das ideias em torno da perspectiva biopsicossocial, com maior ênfase sobre os aspectos psicológicos. Tal perspectiva abrange simultaneamente as dimensões biológica, subjetiva, política e social, como pode ser observado nos fragmentos discursivos abaixo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O processo de (con)viver com saúde ou com doença não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva, e nem a um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionado às características de cada contexto do indivíduo, seja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De acordo com as falas dos/as participantes acima, os conceitos de saúde e doença aparecem, também, relacionados a uma posição filosófica diante da vida, a uma forma de existir, incluindo o sentido que esta posição ocupa na vida desses sujeitos. Assim, a incapacidade e a limitação emergem como condições próprias do

existir. Parafraseando Nietzsche (2000, p. 10), “O que não me mata torna-me mais forte”.

Dentre os nove participantes desta pesquisa, apenas um não se considerou saudável, naquele momento, relacionando o estado de “não saudável” a um sintoma, a uma condição orgânica:

[...] não estou muito saudável porque estou com fome, por exemplo, e dá dor de cabeça, depende do momento. [...] Tem momentos que você está se sentindo muito bem, que aí você pode associar “ah como eu estou saudável” e pode ter momentos que você está com uma dor de cabeça, uma cólica e aí você pode associar. Agora, nesse momento, eu não tou saudável. (P4)

Os oito participantes que se consideraram saudáveis fazem alusão a uma perspectiva de saúde baseada no modo de ver e viver a vida, corroborando a perspectiva de que a saúde e a doença fazem parte de um processo em que tais estados ou condições se alternam:

Sou, hoje eu sou muito mais saudável do que já fui em outros momentos da minha vida [...] naquela época eu não estava vivendo de uma forma saudável, embora não tivesse nenhuma doença. (P5)

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

[...] com todos os problemas, com o estresse, com não sei o que, mesmo assim eu me sinto muito saudável [...] Então, enquanto houver essa energia que pulsa, algo que me chama pra vida, eu vou me sentir saudável. (P8)

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

Vale ressaltar, também, a trajetória acadêmica dos professores participantes deste estudo, em que 90% possuem mestrado ou doutorado em Saúde Pública ou Saúde Coletiva, dado relevante que pode ter contribuído para uma visão ampliada do processo saúde-doença. As trajetórias acadêmicas e profissionais, em alguns

casos, foram reveladas como entrelaçadas à vida pessoal e familiar, conforme os fragmentos abaixo:

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

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

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

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

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

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

Segundo Carlindo (2008), o professor se constitui como professor a partir das relações que estabelece entre o meio em que vive e sua história pessoal. A autora salienta em seu trabalho que, para além da trajetória acadêmica, o papel das

instâncias sociais presentes na trajetória de vida irá influenciar a aquisição dos saberes docentes.

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

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

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

CONCLUSÃO

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

As concepções das/os participantes deste estudo sobre o processo saúde-doença confirmam a complexidade conceitual deste fenômeno. Tratar deste fenômeno complexo é um desafio que se impõe não somente aos docentes, pesquisadores e responsáveis por fomentar no espaço acadêmico reflexões críticas, interdisciplinares e contextualizadas sócio-histórica e politicamente. Contempla

também coordenadores de curso, gestores educacionais e demais atores envolvidos na produção de uma nova cultura organizacional e social.

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

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA FILHO, N. **O que é Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ALMEIDA, L.R.M. Avaliação da aprendizagem: reflexões sobre os desafios atuais. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. S.; CRUZ, A.R. S. (Orgs) **Docência no Ensino Superior: desafios da prática educativa**. Salvador: EDUFBA, 2011.p. 81 – 107.

ARAÚJO, T.M.et al. Mal – estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.29, n.1, p.6-21, jan./jun. 2005.

BARATA, R.B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.167-214.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>>. Acesso em: 17 de maio 2015.

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

BECKER, D. **No seio da família:** amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BIRMAN, JI. **Mal estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Edição Especial, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007.

BOSI, A.P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 28, n. 101, p. 1503-1523, set./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Educação. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, 2014, p. 1-14. Disponível em: <http://goo.gl/PHk8yA>. Acesso em: 12 ago. 2015.

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

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 19-42.

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

CARLINDO, E.P. **Trajetória de vida e formação acadêmico-profissional:** elementos constituintes acerca do *habitus* professoral e do capital cultural inerentes à docência. FCL/UNESP, 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/234_126.pdf. Acesso em: 22 abr 2016.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v. 4, n. 2, p. 287-307, 1997.

COELHO, M.T.A.D. **O conceito de saúde:** análise dos principais debates nos discursos contemporâneos de referência científica. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1999.

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

_____. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

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

_____. Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença. **Ver Bras Epidemiol**, n.10, v. 1, p. 19-29, 2007.

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington. EUA, 1996, Publicación científica nº 557. 404 p.

FONTANA, R.T.; PINHEIRO, D.A. Condições de saúde auto-referidas dos professores de uma universidade regional. **Rev Gaucha Enferm**, n. 31, v. 2, p. 270-276, jun. 2010.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.Á. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico** [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 137 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 24 abr 2014.

KOVESS-MASFÉTY, Viviane et al. Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v.6, n. 101, s/p, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

_____. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 15-28, 2007.

LEMOS, J.C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. 137 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Florianópolis, 2005.

LIMA, M.F.E.M.; LIMA-FILHO, D.O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**, v. 14, n.3, p. 062-082, 2009.

LOPES, M.C.R. Universidade produtiva e trabalho docente flexibilizado. **Est Pesq Psicol**, v. 6, n. 1, p. 35-48, 2006.

MATTA, G.C.; MORENO, A.B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface**, v. 48, n. 18, p. 9-22, 2014.

MEDEIROS, P.F.; BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N.M.F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicol: Teoria Pesq.**, v. 21, n. 3, p. 263-269, set/ dez. 2005.

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

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

NIETZSCHE, F. **Crepúsculo dos ídolos** (ou como filosofar com o martelo). Rio de Janeiro: RELUME DUMARÁ, 2000.

OMS. Constituição (1946). **Constitution of the World Health Organization**. New York, EUA, 1946. Disponível em: <http://goo.gl/I9Tw5>. Acesso em 24 abr. 2014. 18 p.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MED BOOK, 2014.

PAIVA, K.C.M. et al. **Situação de Trabalho, Qualidade de Vida e Estresse no Ambiente Acadêmico**: comparando professores de instituições pública, privada e confessional. Encontro Nacional da ANPAD, 2002. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-cor-610.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; KURCGANT, P. A percepção dos docentes universitários a respeito de sua capacitação para o ensino da enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.1, p.52-58, abr. 1998.

PONDÉ, M.P. **Lazer e saúde mental**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2007.

RIBEIRO JR., W. A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

RIBEIRO, M.L.; CRUZ, A.R.S. O papel do professor no ensino superior: representações sociais construídas por estudantes de cursos de licenciatura. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, E.S.; CRUZ, A.R.S. (Orgs.) **Docência no Ensino Superior**: desafios da prática educativa. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 109 – 135.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiæ Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, C.C.R. Reflexões sobre o normal e o patológico e a ética da psicanálise. **Psicanálise & Barroco**, v.10, n.2, p. 62-73, dez. 2012.

SILVÉRIO, M.R. et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p. 65 - 73, jan/mar. 2010.

SMEKE, E.L.M. Aspectos histórico-teóricos das relações saúde-sociedade. **Revista de Ciências Médicas**, PUCCAMP, Campinas, v.1, n. 2, p. 58-62, mai./ago. 1992.

STRACK, R.; LOGUÉRCIO, R.; DEL PINO, J.C. Percepções de professores de ensino superior sobre a literatura de divulgação científica. **Ciência & Educação**, v. 15, n. 2, p. 425-442, 2009.

SUDA, E.Y. et al. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p. 270-274, jul/set. 2011.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: **Promoción de la salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington. EUA, 1996, Publicación científica nº 557. 404 p. (p. 37 – 44).

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

2.2 ARTIGO 2

Percepção de professores universitários sobre as repercussões do seu trabalho na própria saúde

**Professors' perception of the repercussions of their work in their own health
La percepción de los profesores universitarios acerca de las repercusiones de su labor en la propia salud**

DOI:

Autores

Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu, mestranda pelo PPG Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC/UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: angelicagmendes@yahoo.com.br

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho, doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia e professora/pesquisadora do PPG Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC/UFBA), Salvador, BA, Brasil. E-mail: therezacoelho.ihac@gmail.com, maria.thereza@ufba.br

Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro, doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia, professor adjunto do instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. e pesquisador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS/UFBA). Salvador, BA, Brasil. E-mail: josales@ufba.br

Resumo

Estudos sobre atividade docente apontam para uma sobrecarga de trabalho que pode gerar adoecimento. Esta pesquisa objetivou identificar e analisar as repercussões da prática docente sobre a saúde de professores universitários da área da saúde. Utilizou-se uma abordagem qualitativa, com nove professores. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de análise de conteúdo de Bardin. Os impactos negativos da prática docente sobre a saúde dos professores sobressaíram nos resultados, sendo o estresse o impacto mais significativo. A sobrecarga de trabalho, as exigências e as cobranças aparecem como os principais aspectos geradores desses impactos. Faz-se necessário gerar mudanças na direção da promoção da saúde da comunidade acadêmica.

Palavras-chave: Saúde. Educação Superior. Docentes. Trabalho.

ABSTRACT

Studies on the teaching activity point to a work overload that can lead to illness. This research aimed to identify and analyze the repercussions of the teaching practice on the health of professors from the health area. A qualitative approach was used, with nine professors. Data were collected by means of a semi-structured interview and analyzed by the Bardin content analysis technique. The negative impacts of teaching on the professors' health stood out in the results, with stress being the most significant impact. Work overload and demands appear as the main triggers of these impacts. It is necessary to generate changes to promote the health of the academic community.

Keywords: Health. Higher Education. Faculty. Work.

RESUMEN

Hay estudios sobre la actividad docente que apuntan a una sobrecarga de trabajo que pueden causar enfermedades. Esta investigación tuvo como objetivo identificar y analizar los efectos de la práctica de la enseñanza en la salud de los docentes universitarios del área de la salud. Se utilizó un abordaje cualitativo, con nueve profesores. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas y analizados por la técnica de análisis de contenido de Bardin. Los impactos negativos de la práctica docente en la salud de los profesores se destacaron en los resultados. El estrés fue el impacto más significativo. La carga de trabajo, los requisitos y los cargos aparecen como los principales aspectos generadores de estos impactos. Es necesario generar cambios en la dirección de la promoción de la salud en la comunidad académica.

Palabras clave: Salud. Educación Superior. Docentes. Trabajo.

1 TRABALHO DOCENTE E SAÚDE

A relevância das discussões em torno da docência e suas práticas envolvem a complexidade, a urgência e o potencial transformador da educação como um projeto que possa promover uma sociedade mais humanizada e democrática. O século XX carregou, em grande parte, especificidades do século XIX, como a influência do pensamento cartesiano. Este propõe um conhecimento dividido em especialidades, assim contribuindo para uma visão reducionista e fragmentada do homem. Desse modo, o cartesianismo possibilitou o desenvolvimento da ciência moderna, provocando, contudo, a dicotomia corpo e mente. O corpo, nessa perspectiva, é separado do sujeito, desprovido de subjetividade e seu funcionamento é comparado ao de uma máquina, passível de ser investigado por uma ciência de orientação mecanicista, marcando a inexistência dos fenômenos mentais nele (DARWIN, 2011).

Com a hegemonia do discurso biomédico, a subjetividade torna-se um tema cada vez mais periférico e à margem das relações médico-paciente e da prática médica, pois provoca um desconhecimento crescente dos fatores subjetivos da doença, assim como as possibilidades dos seus mecanismos protetores. A tendência da concepção biomédica, portanto, é focalizar o processo saúde-doença na dimensão biológica do indivíduo, sem a devida importância para o modo de vida que o articula ao mundo e à sociedade, assim como aos processos sociais e institucionais que comprometem a sua saúde (GONZÁLEZ REY, 2011).

A psicologia reivindica, com todas as custas de uma ciência nova que desbrava o seu lugar frente a um dogmatismo metodológico, a compreensão da complexidade do ser humano, considerando a singularidade e especificidades de

seu objeto (DARWIN, 2011). Como o ensinar e o aprender compreendem a dimensão subjetiva dos atores envolvidos no contexto do ensino e da aprendizagem, é no diálogo, na relação com o outro (principalmente os discentes) que a experiência docente fundamenta-se e solidifica-se, dando sentido à experiência vivida, reinventando-se mutuamente. Assim, marca-se a importância das configurações subjetivas dos sujeitos, os quais vivem suas relações nesse contexto social (COELHO, 2012).

Segundo Freitas (2013), no Brasil, a partir das primeiras décadas do séc. XX, com o processo de industrialização, começa um período de mudança no modelo econômico-político, o qual fortaleceu demandas empresariais por maior competitividade e produtividade, logo favorecendo o crescimento da terceirização, a diminuição dos salários e a fragilização dos contratos de trabalho, de modo que a relação direta do trabalho com o contexto socioeconômico capitalista repercuta fortemente sobre a educação e a saúde do trabalhador.

Nesse momento sócio-histórico, caracterizado por uma sociedade de produção em massa, a educação sofre grande influência do pensamento racional e tecnicista; conseqüentemente, a universidade também. Esta privilegiando uma “formação utilitarista, técnica e científica”, apresentando projetos pedagógicos pautados em grades curriculares, implementa o processo ensino-aprendizagem na reprodução do saber e na memorização (ALMEIDA, 2011, p. 95). Nas instituições de ensino, mudanças são emergentes na forma de interação, nos comportamentos e nos conceitos de ensinar e aprender (RIBEIRO; CRUZ, 2011).

No Brasil, o trabalho docente vem se tornando, cada vez mais, tema de estudos (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005) nas últimas décadas do século XX, a partir do movimento das reformas educacionais relacionadas às questões estruturais, de identidade, pedagógicas (RIBEIRO; CRUZ, 2011) e das transformações sociais, sendo abordados os efeitos da ocupação sobre a saúde desses profissionais (LIMA; LIMA-FILHO, 2009). Segundo Dejours (1988, p. 134), o trabalho pode ser estruturante ou patogênico. Ele pode ser favorável à saúde mental e do corpo quando “as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa estão de acordo com as necessidades do trabalhador” ou quando a concepção, ritmo e o fazer estão a cargo do trabalhador. O autor aponta que, nesses casos, o profissional pode modificar a organização do seu trabalho de acordo com suas

necessidades ou desejos. Assim, pode contar com sua vivência subjetiva e o prazer do trabalho.

O trabalho pode tornar-se patogênico, porque tem potencial de secundarizar a subjetividade e de provocar alienação, principalmente quando a demanda de tolerância vai contra os desejos, necessidades e saúde do sujeito. Para Dejours (1988), a alienação é a fase primeira e necessária à sujeição do corpo, que se torna mais fácil com o trabalhador cansado, principalmente nos finais de ano e no meio das semanas. Segundo Araújo et al. (2005), Lemos (2005) e Meira et al. (2014), estudos têm revelado os processos de adoecimento da classe docente e, conseqüentemente, a necessidade de intervenções para a melhoria das suas condições de trabalho. No estudo realizado por Araújo et al. (2005), com 314 professores da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), na Bahia, observou-se alta prevalência de queixas relacionadas à saúde dos docentes, sendo o cansaço mental a queixa mais frequente. As autoras sugerem que essas queixas estão relacionadas ao aumento das responsabilidades docentes ao longo dos anos, em razão do aumento do número de alunos e cursos, sem o crescimento correspondente da infraestrutura, recursos materiais e de pessoal.

A crescente demanda por produções científicas e publicações, acrescidas às atividades do cotidiano docente, como a sala de aula, planejamento, avaliação, além da participação na rotina administrativa, são fatores geradores de uma sobrecarga de trabalho (BOSI, 2007; RIBEIRO; CRUZ, 2011). Uma problemática conhecida nos estudos em educação, segundo Strack, Loguécio e Del Pino (2009, p. 433), é “a intensificação do trabalho docente e as ferramentas de avaliação e repasse de recursos por agências financiadoras de projetos de pesquisa”.

A mercantilização do ensino superior, por exemplo, vivenciada fortemente ao longo dos anos noventa como consequência da forte atuação do Banco Mundial, teve o preço de muitas modificações nas rotinas dos docentes para além da proliferação de instituições privadas e da estagnação das instituições públicas, contando principalmente com a redução dos orçamentos, fechamento dos concursos e a flexibilização e precarização dos contratos trabalhistas (BOSI, 2007). É a partir de 2002 que a universidade pública volta a ser palco de novos investimentos, com a abertura de 18 universidades federais, alocando um grande contingente de novos docentes.

Como aponta Guimarães (2011), a universidade e as instituições de ensino superior pautam-se cada vez mais na pesquisa desenvolvida, na produção do conhecimento e, conseqüentemente, na publicação. Esta chega a ser uma obrigação, principalmente para garantir a existência, o reconhecimento e o crescimento dos programas de pós-graduação. Para este autor, há uma relação de poder que sustenta a corrida das instituições em um ranking, na busca dos melhores lugares. A ênfase dada à pesquisa tende a enviesar o olhar sobre a real base para a formação do professor e para um ensino de qualidade, o que pode ofuscar ou provocar um prejuízo às tantas outras atividades necessárias ao ensino, como, por exemplo, o preparo das aulas, a qualidade e a rapidez na correção dos trabalhos, entre outras.

As relações também são fatores de impacto na educação quando somadas a um trabalho que prevê reuniões e o exercício de planejar e avaliar conjuntamente com pares. A responsabilidade com uma formação reflexiva, crítica, cidadã, humanística, como apontam as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), principalmente na área da saúde (BRASIL, 2014), exige uma implicação maior do docente numa relação dialógica, continente, ativa e aberta à escuta do sujeito. O professor seguirá na sua vida profissional visando a promoção da saúde, da autonomia e do cuidado.

Nesse momento de inúmeras demandas de informação em tempo real, de uma atenção contaminada pelo consumismo e pela urgência, o perfil do estudante torna-se ainda mais desafiador e demandante, portanto exigindo novas habilidades e competências ao professor. Este carece de formação para atender às rápidas mudanças que lhe são endereçadas. Segundo Silvério et al. (2010, p. 68), muitos fatores geram impactos na qualidade de vida dos docentes, incluindo os vinculados aos alunos como: “displicência”, “intransigência”, “atitudes antiéticas”, “competitividade”, entre outras características.

O trabalho docente é fator capaz de gerar adoecimento, podendo limitar ou até mesmo impedir o indivíduo de trabalhar (BORSOI, 2007), visto que a sobrecarga de trabalho dos docentes no ensino superior está cada vez maior devido ao acúmulo de responsabilidades, as quais podem se estender, muitas vezes, durante os três turnos do dia. Esses aspectos tornaram-se preocupantes e têm sido fonte de estudos, mas ainda de pouca intervenção, como ressaltaram Lima e Lima-Filho (2009, p. 62):

Os processos de trabalho atualmente em cursos em instituições universitárias públicas brasileiras interferem na saúde de professores(as), ao mesmo tempo que tem sido pequena a atenção das autoridades governamentais e mesmo dos dirigentes institucionais para um quadro crescente de mal-estar entre os docentes.

Pesquisas com professores universitários, portanto, retratam a mudança, em grande parte, negativa, do efeito do trabalho docente sobre a saúde dessa população. Estudos como o de Lemos (2005), Reis et al. (2005), Suda et al. (2011), entre outros, mostram a associação da precarização do trabalho docente aos problemas de saúde decorrentes do uso intensivo da voz, da postura corporal adotada e da exposição a cargas psíquicas. Fontana e Pinheiro (2010) realizaram pesquisa com 94 docentes do Departamento de Ciências da Saúde em uma universidade regional do Rio Grande do Sul, em que 34% das queixas foram referentes ao estresse e irritabilidade. Dentre os 26,4% que informaram sofrimento psíquico, prevaleceu a ansiedade. Entretanto, como afirmam Lopes (2006), Silvério et al.(2010), embora os docentes experimentem constantemente situações de tensão e sobrecarga de trabalho que provocam desconforto, mal-estar e adoecimento, a universidade se mantém como um espaço vivo, e o trabalho, como estímulo à vida. Tal situação é afirmada no estudo de Servilha e Arbach (2011).

Considera-se que conhecer agravos e refletir sobre a realidade e experiências vividas pode contribuir para escolhas mais objetivas e consistentes, como a prevenção do sofrimento e adoecimento, podendo facilitar o deslocamento do indivíduo frente a algo que lhe cause mal-estar. Sua percepção, portanto, sobre suas condições de vida, de trabalho etc pode funcionar como indicador de mudança ou mesmo como instrumento de sensibilização para gestores ocupacionais (PERES; LEITE; KURCGANT, 1998; CZEKSTER, 2007; FONTANA; PINHEIRO, 2010). A reflexão emancipa e empodera o indivíduo, na medida em que o sujeito é capaz de buscar relações de causa e efeito e muda suas expectativas pessoais e sociais.

Trata-se, então, de estudar uma problemática tendenciosa a se modificar ao longo do tempo, refletida num crescente, embora ainda insuficiente, aumento de estudos sobre o impacto do trabalho docente na saúde de professores do ensino superior, que ora apontam para impactos negativos, ora para consequências positivas da docência. Nesse contexto, o presente estudo objetivou analisar a

percepção das implicações do trabalho docente na saúde dos professores participantes desta pesquisa, a fim de aprofundar essa problemática.

2 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. Realizou-se com nove professores de uma universidade pública, de um curso superior em saúde. A instituição, atualmente, conta com 11 docentes, sendo nove mulheres e dois homens. Foram excluídas da amostra duas professoras, por pertencerem à equipe desta pesquisa. Os participantes estão representados, neste estudo, pela letra P, de participante, acrescida de um numeral.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas em sala reservada, em dias e horários previamente combinados, no período de 17 de setembro até 20 de novembro de 2014. A entrevista contou com um roteiro semiestruturado de 31 questões. Este estudo contemplou apenas a investigação dos dados sociodemográficos e as perguntas: “Sua prática profissional tem algum impacto na sua saúde? Se sim, qual(is)?”; “Que fatores ou aspectos você considera que geram tais impactos?”.

As entrevistas foram gravadas com aparelho celular e laptop e, posteriormente, transcritas na íntegra no Microsoft Word. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (1977, p. 105), segundo a qual o “tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado”.

Após a leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas, realizou-se uma análise de conteúdo temática, identificando as unidades de significação que, por proximidade e sentido, relacionaram-se aos objetivos do estudo e originaram as categorias mediante as quais os discursos foram analisados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os docentes deste estudo pertencem a uma faixa etária que varia entre 36 e 59 anos, com média de 45 anos. Quanto ao estado civil, quatro são solteiros, duas são divorciadas, dois são casados e uma citou união estável. Quanto à religião, cinco consideram-se sem religião, e quatro, católicos, sendo que um se refere como não praticante.

Os professores possuem formação acadêmica nas áreas de Medicina, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Na época, os participantes do estudo se encontravam em regime de trabalho de dedicação exclusiva na universidade, com alto nível de qualificação, na medida em que oito possuem doutorado, e uma, pós-doutorado, sendo 8 na área da Saúde Pública ou Saúde Coletiva. É importante salientar que, além das ações realizadas em sala de aula, esses docentes encontram-se vinculados a um instituto da área da saúde, estão sempre envolvidos em atividades administrativas, de pesquisa, e sete deles em atividades de extensão. A maioria revelou forte envolvimento com o trabalho e elevado nível de exigência consigo e com os outros. Além de esses professores terem formação na área da saúde e lecionarem na mesma área, atuam em um curso cujo projeto político-pedagógico tem foco no trabalho em equipe multiprofissional, formação humanística, comprometimento com as políticas públicas, articulação com os aspectos políticos e sociais da saúde.

Conforme sugerem Lima e Lima-Filho (2009), apresentar resultados locais sobre questões de trabalho e saúde vivenciadas por professores universitários permite dar visibilidade a essa realidade, fomentar novos estudos e medidas de prevenção. Sendo assim, é importante descrever como os participantes desta pesquisa vêm a sua prática docente em relação à sua saúde, inclusive por trabalharem com essa temática.

A partir da leitura e análise das entrevistas, com relação aos impactos que a prática docente causa na saúde, construíram-se as seguintes categorias: 1) Impactos físicos e orgânicos, representados por sintomas identificados no corpo; 2) Impactos psicológicos, representados por sintomas de ordem emocional, vinculados à sensação ou sentimento do indivíduo sobre a sua condição. Quanto aos fatores que geraram tais impactos, as categorias elaboradas foram: 1) Fatores de ordem profissional, representados por aspectos relacionados à profissão e função do docente; 2) Fatores de ordem institucional e estrutural, que envolvem a estrutura administrativa e as condições do trabalho; 3) Fatores de ordem institucional e política, envolvendo aspectos da gestão e política institucional.

No exercício profissional da atividade docente, aspectos psicossociais estão presentes e relacionados às suas funções, assim como ao contexto institucional e social no qual são exercidas, gerando impactos no processo saúde-doença desses profissionais.

3.1 Impactos negativos da prática docente

Neste estudo identificou-se, por sete participantes, impactos negativos da prática docente sobre a sua saúde, com maior frequência dos dados na categoria dos impactos psicológicos. Tal aspecto pode relacionar-se ao elevado grau de envolvimento e exigência pessoal, que se reflete no trabalho. Esses impactos são de natureza psicológica e física, como foi mencionado.

Os impactos psicológicos representaram-se pelo “estresse” (P2; P3; P5; P8; P9), “ansiedade” (P1; P2), “irritação”(P7; P8), “frustração”(P3) e “preocupação”(P9). O estresse foi o impacto mais citado. As falas abaixo exemplificam essa categoria:

Um pouco de ansiedade, dar conta de todas as tarefas. (P1)

É que você tem que publicar e que você só é valorizado se você publicar e se você orientar [...], então eu acho que isso entraria aí como um fator de estresse, né? O estresse adoecedor. (P2)

[...] o maior impacto é o estresse e a irritabilidade. (P8)

[...] comprometimento do sono, preocupações, estresse, férias reduzidas. (P9)

Segundo Goulart Junior e Lipp (2008), algumas profissões expõem os profissionais a situações estressantes. No seu cotidiano, o professor está submetido a muitas variáveis que podem contribuir para o desequilíbrio, seja físico ou mental, levando-o a desenvolver estresse, que compreende um quadro sintomatológico que se prolonga por certo tempo. Em estudo com 175 professores do ensino fundamental do interior de São Paulo, esses autores referem que 56,6% da população pesquisada apresentou estresse, resultado que revela um significativo nível de tensão, o qual pode abalar o equilíbrio interno e o nível de satisfação com o trabalho, entre outras consequências. Queixas de estresse, ansiedade e irritabilidade estão presentes neste e em outros estudos (ARAÚJO et al., 2005; FONTANA; PINHEIRO, 2010; GOULART JUNIOR; LIPP, 2008; LIMA; LIMA-FILHO, 2009), apontando indicadores de sofrimento psíquico.

Os dados encontrados corroboram a literatura, considerando-se o exemplo, também, da pesquisa realizada com 50 professores numa universidade privada de São Paulo, em que a maioria percebeu algum comprometimento na sua saúde, principalmente exaustão emocional e dores musculoesqueléticas (SUDA et al., 2011). Kovess-Masféty et al. (2006) referem-se a estudos sobre maior

incidência de transtorno de ansiedade em professores do sexo masculino. A maioria desses estudos descreve um elevado nível de fadiga mental entre os professores, como: sofrimento psíquico e esgotamento profissional (*burnout*). Salientam, no entanto, quatro fatores principais identificados como fontes de estresse: o mau comportamento do aluno, más condições de trabalho, pressão de tempo e um clima escolar negativo, além de um baixo nível de supervisão e apoio. Todos esses fatores foram citados pelos participantes deste estudo, conforme mencionado, acrescentando-se os impactos físicos percebidos.

Na categoria dos impactos físicos e orgânicos, identificou-se os seguintes impactos: “na garganta” (falta voz) (P1), “na cabeça” (cefaleia) (P2), “no sistema imunológico”(P2), “no sistema musculoesquelético” (P3) e “no sistema nervoso” (comprometimento do sono) (P9).

[...] fico pensando na voz... dar aula, geralmente, se eu não tiver bebido água eu saio bem rouca, eu falo muito. (P1)

[...] impactos de ordem física do ponto de vista musculoesquelético, do corpo. (P3)

Distúrbios vocais são frequentemente citados em pesquisas com professores (ARAÚJO et al., 2005; LEMOS, 2005; LIMA; LIMA-FILHO, 2009), sendo geralmente enfrentados com constante ingestão de líquido e, algumas vezes, com uso de microfone, o que não é uma realidade das instituições públicas. Dores musculoesqueléticas são frequentes, geralmente devido ao professor passar muito tempo em pé, carregar material didático para sala de aula, além de cansaço e tensões (LEMOS, 2005; LIMA; LIMA-FILHO, 2009; FONTANA; PINHEIROS, 2010). Tais dores podem ser provenientes de estresse e colaborar para uma pior percepção da saúde (SUDA et al., 2011). Todos esses fatores também são encontrados em estudos com professores do ensino fundamental e médio, apresentando como sintomas cansaço mental, nervosismo e queixas físicas como rouquidão, dor nos membros superiores e varizes (REIS et al., 2005; MEIRA et al., 2014).

3.2 Fatores que geram impactos negativos

Neste estudo, os principais fatores identificados pelos docentes como geradores dos impactos negativos foram agrupados na categoria fatores de ordem institucional e estrutural, como “muito trabalho”(P1; P3; P8; P9) e “atividades administrativas”(P5); e na categoria fatores de ordem institucional e política, “exigências e cobranças”(P1; P2). Esses fatores podem ser observados nos seguintes relatos:

[...] as exigências de hoje, do professor universitário, você não tem hora [...]. Você tem que dar esse momento de sair, de parar. Teoricamente, a gente trabalha o tempo todo. (P1)

[...] há uma supervalorização da competência, de todos os níveis, então você tem que publicar artigo Qualis A, internacional. (P2)

[...] têm menos professores para mais alunos, o seu trabalho aumenta, isso exige uma carga de trabalho maior, seja na preparação de aulas, correção de trabalhos, e isso gera um sobretrabalho. (P3)

[...] durante os períodos que eu tive que exercer atividades administrativas, eu ficava muito mais estressada. (P5)

Estudos afirmam que existe uma sobrecarga de trabalho e de exigências, principalmente em relação à pesquisa, à produção e à publicação de artigos, que ocupam muito o tempo do professor universitário, chegam a invadir a vida pessoal, além de criar um clima de competição entre pesquisadores, universidades e programas de pós-graduação (GUIMARÃES, 2011). Ou seja, atendem à lógica do capitalismo e a uma maior valorização de aspectos quantitativos em detrimento dos qualitativos (FREITAS, 2013).

Para além da produção e publicação de material científico, muitas atividades administrativas vinculadas à realização das pesquisas ficam a cargo dos professores, apontando, muitas vezes, para a falta de estrutura e de suporte institucional (STRACK; LOGUÉRCIO; DEL PINO, 2009; LIMA; LIMA-FILHO, 2009), conforme relato de um docente da população estudada, exemplificado pelo fragmento abaixo:

[...] enfrentar [...] as pessoas que conduzem esse sistema para conseguir o que eu preciso é muito desgastante... algo que eu deveria pedir e receber [...] são ligações, manhãs inteiras [...]. Eu tinha uma lista assim de coisas que eu precisava, que eu fui ticando, ticando, ticando. (P7)

Em pesquisa realizada com 189 professores da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Lima e Lima-Filho (2009) relatam que os professores continuam trabalhando nos finais de semana e nos períodos destinados às férias, ou melhor, ao descanso e lazer. Esses dados fazem-nos refletir quanto à dificuldade de estabelecer o limite entre o trabalho e a vida familiar. Essa área é invadida pelo volume de trabalho, dado verificado nesta e em outras pesquisas (PAIVA et al., 2002; SILVÉRIO et al., 2010). Para González Rey (2011, p. 42), o tempo aparece naturalizado para a maioria das pessoas como um “tempo dado”, sendo uma configuração subjetiva que, diante dos contextos da vida, pode impedir o sujeito de sentir o tempo como seu, assim como de gerar seu bem-estar. A limitação do tempo de lazer pode ser um fio condutor para o desencadeamento do estresse, dado merecedor de muita atenção (REIS et al., 2006).

3.3 Impactos positivos da prática docente

Apenas três participantes consideraram o impacto da prática docente como positivo, com os dados agrupados na categoria de impactos psicológicos, a exemplo dos fragmentos das seguintes falas:

[...] me dá subterfúgios para me defender, para lutar. (P4)

[...] fico mais feliz. (P5)

[...] me dá força, vigor [...] eu tenho muito prazer. (P8)

É digno de nota que uma menor parcela dos professores considerou como positivos os impactos de sua prática docente na própria saúde e que pouco se discorreu sobre tais impactos. Isto se liga à predominância do desconforto e sofrimento decorrentes das condições da docência. Marqueze e Moreno (2009), em estudo realizado com 154 docentes universitários, identificaram que a satisfação no

trabalho e o índice de capacidade para o trabalho em docentes da área de saúde encontram-se altamente correlacionados e demonstram relevância na saúde dos professores. Nesse estudo, os aspectos mais relacionados ao nível de satisfação foram: conteúdo do trabalho que realiza, relacionamento com outras pessoas na instituição e grau de motivação para o trabalho.

Servilha e Arbach (2011), em estudo com 84 professores da área de saúde, encontraram 15 itens considerados favoráveis à prática docente (65,21%) entre os 23 itens pesquisados, envolvendo aspectos positivos e negativos da organização do trabalho docente. Assim, as autoras consideraram que, apesar de alguns aspectos da organização do trabalho necessitarem de melhorias, a universidade é considerada um local saudável de trabalho.

3.4 Fatores geradores de impactos positivos

Os fatores geradores de impactos positivos estão agrupados na categoria fatores de ordem profissional como: “*Estudar, ler, discutir sobre a temática*” (P4), “*Estar com os alunos*” (P5) e “*Consigo resolver os meus problemas [...] tô criando coisas legais*” (P8). Esses fatores nos remetem ao fato de que sentimentos de satisfação são identificados e apontam para a importância da relação com o alunado e seu processo de aprendizagem, para a realização pessoal e para os aspectos políticos que o conhecimento e a prática acadêmica comportam, na direção do processo de subjetivação e autonomia dos sujeitos.

[...] É um impacto muito positivo, porque o que eu estudo como acadêmica me dá subterfúgios pra eu me defender e lutar dentro dos ambientes de assistência [...] estar inserida, estudando, lendo sobre isso, discutindo com as pessoas sobre essa temática me dá um agenciamento. (P4)

[...] estar com os alunos é o que me faz mais feliz. Eu adoro quando eu vejo o olhinho do aluno brilhar. E é ótimo quando a gente faz uma coisa na sala de aula que o aluno faz “ahhh...”. Acende aquela luzinha, [...]. Nesse momento vale a pena ser professora. (P5)

[...] é um trabalho que eu tenho muito prazer, que eu consigo resolver os meus problemas, enfim, me sinto renovado, tô criando coisas legais. (P8)

Os aspectos positivos da prática docente sobre a saúde desses professores são de grande relevância, pois realçam a importância das dimensões psicossociais

da saúde, além de reafirmarem que, apesar das dificuldades vivenciadas, a docência implica, também, em vivência de prazer e satisfação. As pesquisas de Lopes (2006), Silvério et al. (2010) confirmam isso, indicando que tal vivência se dá, principalmente, nas interações do processo ensino-aprendizagem, sendo a universidade um espaço de trocas propiciadas pela autonomia e pela criatividade.

Estudo realizado por Czekster (2007) com 15 professores de uma escola pública do Rio Grande do Sul identificou três aspectos vinculados ao prazer no trabalho: bom convívio com os colegas, recompensa na interação com o alunado e possibilidades de autorrealização. A autora traz à luz o fato de que a autorrealização pressupõe inovação e criatividade, permitindo a quebra da rotina e provocando autonomia. Nesse estudo, a autora reafirma que a autonomia é o principal fator de prazer no trabalho docente, embora ocorram dificuldades encontradas no ensino. Ela também faz alusão à satisfação na relação com o alunado, quando o professor percebe os benefícios produzidos para o outro, reverberando como um benefício para si próprio, no aumento da sua experiência e superação de suas dificuldades. No presente estudo, esses aspectos foram mencionados pelos professores como promotores de impactos positivos na própria saúde.

A teoria da psicodinâmica do trabalho de Dejours (1988) é uma das que relacionam a satisfação no trabalho à saúde, articulando a satisfação ao prazer ou felicidade, promotores de saúde, e a insatisfação ao desprazer ou sofrimento no trabalho, geradores de adoecimento. Segundo Martinez e Paraguay (2003), apesar da influência que a satisfação no trabalho exerce sobre a saúde do trabalhador, não existe consenso entre os conceitos e teorias que abordam essa relação. A autora, porém, relaciona estudos que indicam a satisfação no trabalho como um dos principais aspectos para a satisfação geral com a vida.

A percepção de desafio na resolução de problemas, a possibilidade de criação e de relações interpessoais satisfatórias, entre outros, foram exemplos apontados pela autora em seus estudos como promotores de satisfação no trabalho, os quais estão relacionados com os citados pelos participantes deste estudo que consideraram o impacto da prática docente na saúde como positivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que os aspectos psicossociais estão presentes e relacionados à atividade docente, assim como ao contexto institucional e social nos quais é

exercida, pois geram impactos no processo saúde-doença desses profissionais. Os professores participantes deste estudo possuem uma ampla formação na área da saúde, campo de natureza interdisciplinar. Atuam num curso com uma proposta inovadora de formação e têm como função contribuir com a formação de sujeitos reflexivos e críticos a respeito dos processos de saúde-doença e das práticas de cuidado em saúde. Entretanto, encontram-se submetidos a um processo de trabalho considerado predominantemente adoecedor. Este é um dado relevante e pode estabelecer-se como uma contradição ou, minimamente, como um desencontro entre os âmbitos da formação acadêmica e da gestão universitária, também realizada por professores.

Ou seja, como pensar e ensinar saúde com base num conceito ampliado e negligenciar ou silenciar os efeitos do trabalho na própria saúde? Como não denunciar tal contradição? Será que não cabe aos professores universitários da área de saúde serem os protagonistas de uma revisão por melhores condições de trabalho no ensino superior? Desse modo, algum deslocamento poderia ser gerado em relação ao modelo biomédico hegemônico presente, também, na universidade, de modo a contemplar o conceito ampliado de saúde e colocá-lo em prática.

Nesta pesquisa, as implicações da prática docente na saúde dos professores foram percebidas, na sua maioria, como negativas. Os resultados encontrados foram similares aos de outros estudos, destacando-se o estresse, a ansiedade e a irritação como principais impactos psicológicos, e o impacto na voz, no sistema musculoesquelético e no sono como impactos físicos. Este estudo indica a presença de estresse como principal impacto negativo, que confere um aumento de tensão no exercício dessa profissão.

A complexidade da prática docente explicitada nesta e em outras pesquisas denuncia uma experiência de trabalho que tem muitas implicações sobre a saúde dessa classe de trabalhadores, com o agravante, no ensino superior, de estarem submetidos a um processo avaliativo com base na produtividade desenfreada e ainda pouco discutida frente aos órgãos avaliativos e de fomento. Muitos aspectos dessa prática, que invade a vida privada, como a sobrecarga de trabalho e suas implicações sobre o tempo, a falta de suporte e as múltiplas responsabilidades, foram revelados como fatores promotores de estresse, ansiedade e, muitas vezes, adoecimento. Esses aspectos são corroborados pela literatura.

Muitos estressores presentes no cotidiano dos docentes podem, em sua maioria, ser fomentados e sedimentados por políticas que têm negligenciado condições importantes à saúde dos professores. Uma escuta ativa por parte das instituições de ensino pode favorecer a realização de ações preventivas ou assistenciais capazes de diminuir ou mesmo eliminar a tensão ocupacional. Estudos sobre a prática docente e seu impacto sobre a saúde dos professores permitem uma maior compreensão sobre a precarização do trabalho docente ao longo do tempo e evidenciam a necessidade de maior atenção às condições do trabalho, à gestão e ao estabelecimento de políticas que estejam mais implicadas na qualidade da educação e da proteção à saúde física e mental dos seus profissionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.R.M. Avaliação da aprendizagem: reflexões sobre os desafios atuais. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. S.; CRUZ, A.R.S. (Orgs.). **Docência no ensino superior: desafios da prática educativa**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 81-107.

ARAÚJO, T.M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 6-21, jan./jun. 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>>. Acesso em: 17 maio 2015.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, Edição Especial, p. 103-111, 2007.

BOSI, A.P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 101, p. 1503-1523, set./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução nº 196/1996. [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 ago 2015.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <<http://goo.gl/PHk8yA>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

- COELHO, C.M.M. Formação docente e sentidos da docência: o sujeito que ensina, aprende. In: MARTINEZ, A.M.; SCOZ, B.J.L.; CASTANHO, M.I.S. (Orgs.). **Ensino e aprendizagem: a subjetividade em foco**. Brasília: Liber Livros, 2012. p. 111-129.
- CZEKSTER, M.D.V. **Sofrimento e prazer no trabalho docente em escola pública**. 2007. 151 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- DARWIN, C.R. Prefácio. In: GONZÁLEZ REY, F.L. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: CORTEZ, 2011. p. 11-18.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1988.
- FONTANA, R.T.; PINHEIRO, D.A. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 270-276, jun. 2010.
- FREITAS, C.E.S. **Trabalho docente e saúde: efeitos do modelo neoliberal**. Feira de Santana: UEFS, 2013.
- GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.
- GONZÁLEZ REY, F.L. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.
- GOULART JUNIOR, E.; LIPP, M.E.N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 847-857, out./dez. 2008.
- GUIMARÃES, V.S. A docência universitária e a constituição da identidade profissional do professor. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS É., S.; CRUZ, A. R. S. (Orgs.). **Docência no ensino superior: desafios da prática educativa**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 15-29.
- KOVESS-MASFÉTY, V. et al. Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. **BMC Public Health**, London, v. 6, n. 101, s/p, 2006.
- LE MOS, J.C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. 2005. 137 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- LIMA, M.F.E.M.; LIMA-FILHO, D.O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 62-82, 2009.

LOPES, M.C.R. “Universidade produtiva” e trabalho docente flexibilizado. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 35-48, 2006.

MARQUEZE, E.C.; MORENO, C.R. de C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2009.

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 59-78, 2003.

MEIRA, T.R.M. et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 276-282, abr./jun. 2014.

MEIS, L. et al. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 9, p. 1135-1141, 2003.

PAIVA, K.C.M. et al. Situação de trabalho, qualidade de vida e estresse no ambiente acadêmico: comparando professores de instituições pública, privada e confessional. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD, 26, 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: Anpad, 2002. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-cor-610.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2015.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; KURCGANT, P.A percepção dos docentes universitários a respeito de sua capacitação para o ensino em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 52-58, abr. 1998.

REIS, E.J.F.B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.

REIS, E. J. F. B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, jan./abr. 2006.

RIBEIRO, M.L.; CRUZ, A.R.S. O papel do professor no ensino superior: representações sociais construídas por estudantes de cursos de licenciatura. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. S.; CRUZ, A.R.S. (Orgs.). **Docência no ensino superior**: desafios da prática educativa. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 109-135.

SERVILHA, E.A.M.; ARBACH, M. de P. Queixas de saúde em professores universitários e sua relação com fatores de risco presentes na organização do trabalho. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 181-191, ago. 2011.

SILVÉRIO, M.R. et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 65-73, jan./mar. 2010.

STRACK, R.; LOGUÉRCIO, R.; DEL PINO, J.C. Percepções de professores de ensino superior sobre a literatura de divulgação científica. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 15, n. 2, p. 425-442, 2009.

SUDA, E. Y. et al. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 270-274, jul./set. 2011. Recebido em 08/08/2016 Aprovado em 16/11/2016

2.3 ARTIGO 3

PRÁTICAS DE SAÚDE DE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/ES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Maria Angélica Godinho Mendes de Abreu⁷
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho⁸
Jorge Luiz Lordelo de Sales Ribeiro⁹

RESUMO

Este artigo visa analisar as práticas de preservação da saúde e prevenção de doenças realizadas por docentes universitários. Para tal, utilizou-se a abordagem qualitativa e exploratória a partir de entrevistas semiestruturadas com nove professoras/es de um curso superior em saúde. Os dados foram analisados pela análise de conteúdo de Bardin. Os docentes apresentaram uma multiplicidade de práticas promotoras da saúde que incluem as dimensões física, mental e espiritual, na direção da integralidade do cuidado em saúde. Verificou-se uma predominância das práticas individuais e uma sobreposição entre as práticas de promoção e prevenção. O conhecimento acerca do tema da promoção da saúde, desses e demais professoras/es, permeado pelas experiências vividas e pelos valores e crenças vigentes são fundamentais para a prática docente em qualquer área do conhecimento, considerando-se que as concepções referenciam as práticas. O movimento pela promoção da saúde busca fortalecer a autonomia de indivíduos e comunidades para atuarem sobre os determinantes sociais da saúde, contribuindo, assim, para a melhoria da saúde e condições de vida da sociedade.

PALAVRAS CHAVE: Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Docentes; Educação Superior.

INTRODUÇÃO

Os estudos em torno da saúde de docentes do ensino superior ainda são escassos, principalmente aqueles que abordam as práticas realizadas por estes para a preservação da sua saúde. Esse dado é instigante já que, em sua maioria, tais estudos apontam para uma sobrecarga de trabalho que tende a gerar adoecimento. Tratando-se de uma classe trabalhadora que tem como missão a produção de conhecimento e a formação de cidadãos e profissionais, seria de se

⁷ Psicóloga formada pela UFBA e Mestranda do Programa de Pós-Graduação Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade, do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da UFBA. E-mail: angelicagmendes@yahoo.com.br

⁸ Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Saúde Pública e Coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). E-mail: therezacoelho@gmail.com

⁹ Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia. Doutor em Educação e Pesquisador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS). E-mail: josales@ufba.br

esperar maior investimento nesta temática, principalmente entre os professores da área da saúde, já que as diretrizes curriculares desta área apontam para a importância do autocuidado.

As práticas de saúde enquanto autocuidado se referem àquelas adotadas por um indivíduo na tentativa específica de conservar a sua saúde (EPP, 1996). Prática, segundo Cunha (2010), significa uso, exercício, experiência. Vale salientar que a prática como experiência traz em si a noção de mudança, que deve ser compreendida não como um acontecimento externo, mas incluindo a dimensão subjetiva (BONDÍA, 2016). Assim, as concepções e práticas de saúde se reconstróem continuamente, influenciam e são influenciadas pelas experiências vividas.

Em relação às concepções e práticas de saúde, o indivíduo e a sociedade apoiam-se nos valores sociais e nas concepções vigentes da sua época, ou seja, no momento histórico-cultural (COELHO, 1999), perspectiva esta que direciona e dá profundidade à pesquisa de um modo geral. As práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças têm o caráter amplo de contemplar a capacidade do indivíduo de influenciar e modificar seu estilo de vida e, também, o próprio ambiente em que vive. As práticas de saúde podem ser: promocionais, preventivas, assistenciais e reabilitadoras. As práticas promocionais são voltadas para a aquisição de modos de vida saudáveis; as preventivas, para a prevenção de riscos à saúde dos indivíduos; as assistenciais referem-se aos cuidados dispensados às pessoas doentes; e as reabilitadoras envolvem ações de recuperação e reabilitação das sequelas deixadas pela doença ou agravamento à saúde (TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2014).

O termo 'promoção da saúde' foi utilizado pela primeira vez, em 1945, por Henry Sigerist, historiador médico, quando definiu as quatro funções para a medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação (TERRIS, 1996; BUSS, 2009; CZERESNIA, 2009). Segundo Terris (1996), Sigerist fez da educação gratuita o primeiro objetivo de um programa nacional de saúde, seguindo-se das boas condições de vida e trabalho, oportunidade para descanso e recreação e, por fim, da atenção médica. De acordo com Buss (2009, p. 19), Leavell e Clark, em 1965, trataram o conceito de promoção da saúde como um "nível de atenção" da medicina preventiva. De acordo com o modelo da História Natural das Doenças desses autores, o primeiro nível da

prevenção da doença é a promoção da saúde. Destaca-se, nesse modelo, uma vertente mais conservadora da promoção da saúde quando trata de práticas direcionadas, primordialmente, para o comportamento dos indivíduos, considerados principais responsáveis por sua saúde. Desse modo, as escolhas individuais podem ser influenciadas por regras pré-determinadas, provocando uma intervenção do poder público sobre a vida dos indivíduos, além de uma não responsabilização governamental sobre os determinantes sociais. Estes aspectos são foco de crítica de muitos autores (CARVALHO, 2004; LEFEVRE & LEFEVRE, 2004; BATISTELLA, 2007; BUSS, 2009).

Em 1974, um novo paradigma se estabelece no Canadá a partir do Relatório Lalonde, o qual trata do campo da saúde sob quatro pilares: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde. No seu relatório, Lalonde (1996) assinala o alto investimento na organização da assistência médica e chama a atenção para a importância de se redirecionar esforços para os vários fatores que influenciam a saúde. Ele ressalta que a maior predominância das doenças e mortes no Canadá, na época, estava ligada aos outros três componentes do campo acima citados.

Na segunda metade do século XX, por iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), é realizada, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, a qual teve como meta a “Saúde para todos no ano 2000”. No entanto, foi a Carta de Ottawa, de 1986, produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que se manteve como referência no mundo para o desenvolvimento de ideias e ações sobre promoção da saúde (BUSS, 2009).

Direções importantes são definidas na Carta de Ottawa, como: a abrangência dos determinantes da saúde, que vão além do estilo de vida saudável, e sua relação direta com os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais; a equidade; a educação em saúde, contemplando o empoderamento individual e da comunidade, por meio da aquisição de conhecimento e consciência política, entre outros (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A partir dessa nova direção, a promoção da saúde tende a seguir por duas vertentes. Uma com ações de caráter mais educativo, voltadas para a transformação do comportamento dos indivíduos, e a outra direcionada para os determinantes sociais da saúde, com ações mais voltadas ao coletivo (BUSS, 2009). Mudanças no estilo de vida e comportamentos vinculados à alimentação, exercícios físicos, uso de

álcool e outros elementos, bem como a garantia de acesso a ambientes que favoreçam a saúde, como a escola, o trabalho e o lazer, passaram a ser estratégias de promoção da saúde.

Desse modo, a saúde é considerada, em seu sentido mais amplo, como um recurso que permite ao indivíduo gerir e transformar o seu ambiente, numa perspectiva de promoção de ações coordenadas por atores dos mais diversos setores, que atuem na melhoria da qualidade de vida das pessoas, envolvendo educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade, dentre outros (CZERESNIA, 2004). A promoção da saúde apresenta, portanto, um caráter mais abrangente e traz uma referência positiva da saúde, abarcando fatores que circunscrevem o campo da saúde, na perspectiva de incluir o conhecimento local e individual (COELHO, ALMEIDA-FILHO, 2002), aspecto fundamental para a manutenção do equilíbrio dos indivíduos e da cultura (PONDÉ, 2007).

No processo saúde-doença, o enfoque da prevenção de doenças tende a aproximar-se da promoção da saúde, principalmente nas práticas. No entanto, o foco da prevenção é a “detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco ou fatores causais de grupos de enfermidades ou de uma enfermidade específica” (BUSS, 2009, p 37). Nesse caso, é na diminuição dos fatores de risco para determinadas doenças e na perspectiva de modificações do comportamento que aparece a sobreposição entre promoção e prevenção. Na prevenção, portanto, o conceito de saúde está mais voltado para a ausência de doença, assim como as suas intervenções tendem a ser realizadas por profissionais de saúde, podendo envolver “imunização, *screening*, ou tratamento com quimioterápicos ou envolver intervenções educativas sobre mudanças de estilos de vida individuais” (CZERESNIA, 2004, p. 220).

Sobre esse aspecto, Czeresnia (2009) convoca a reflexão sobre as armadilhas da racionalidade científica e da medicina, que tendem a desconsiderar o limite entre o conceito e a experiência. A autora sinaliza para uma demanda de discursos e práticas que reflitam o avanço do conhecimento científico, levando em consideração os limites existentes frente à experiência do indivíduo em relação à saúde e ao adoecer.

Para Possas (1989, p. 199), o estilo de vida e as condições de vida são duas dimensões que compõem o conceito de “modo de vida”, determinante no processo

saúde-enfermidade. Desse modo, o estilo de vida corresponde à forma de viver, determinada social e culturalmente, reconhecida pelas práticas de atividade física, dieta, hábitos ligados ao álcool, fumo, lazer, entre outras atividades, enquanto que as condições de vida correspondem às condições materiais necessárias à subsistência dos indivíduos, incluindo a nutrição, saneamento básico, convivência social, entre outros aspectos. Para Almeida-Filho (2004, p. 879), a teoria de Possas não contempla o simbólico no processo saúde-enfermidade. Ainda para esse autor, é Mario Testa que irá ampliar esta discussão com a teoria do modo de vida e saúde, tomando por base os discursos emergidos das práticas da vida cotidiana, um conhecimento comum, estruturador da “reprodução material dos sujeitos sociais, assim como da reprodução das relações sociais de produção”. Refere, desse modo, que as práticas da vida cotidiana se constituem por uma relação com a práxis, que inclui a produção, o trabalho, a objetivação e a ação.

Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) têm disseminado um conjunto de ideias direcionadas para mudanças no estilo de vida, elaboração de políticas públicas e formação de redes de municípios saudáveis (JONES, FURNER, 1998; OPAS, 2003; PAIM, 2009). Estimulam, portanto, uma ampla rede, em nível nacional e global, que envolve comunidades, organizações governamentais e não governamentais e o setor privado, a desenvolverem estratégias nessa direção, incluindo as escolas e universidades, pela capacidade que têm em promover a saúde de estudantes, trabalhadoras/es, famílias, assim como de demais atores da comunidade (MELLO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2010).

Desse modo, é recomendação da OMS que seus Estados-Membros se responsabilizem por todo o processo de criação de políticas e programas direcionados a promover a saúde e uma vida de boa qualidade para as pessoas individualmente e para as suas comunidades. Parte das estratégias de promoção da saúde é orientada para a modificação dos estilos de vida, para a adoção de hábitos saudáveis que envolvem, por exemplo, a qualificação da nutrição e da prática de atividade física. Segundo Lima e Luiz (2015, p. 57), há uma estimativa de que “a inatividade física seja responsável por 6% da carga de doença cardíaca coronária; 7% de diabetes do tipo 2; 10% de câncer de mama; 10% de câncer de cólon” e de que, se a inatividade física fosse diminuída, mortes precoces poderiam ser evitadas.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas políticas e programas visando a promoção da saúde da população, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006a), o Guia Alimentar para a População Brasileira – GAPB (2014a), o Programa Academia da Saúde (2013), entre outros. A Política Nacional de Promoção da Saúde, por exemplo, tem como temas prioritários e fortalecedores das ações do SUS a alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, e promoção do desenvolvimento sustentável (MALTA et al, 2014).

Muitos aspectos que influenciam a saúde e o bem-estar são relacionados à alimentação, tais como: a ingestão de alimentos que fornecem nutrientes, a forma de preparo dos alimentos e as formas culturais e sociais ligadas à prática alimentar. Portanto, a escolha por uma alimentação saudável depende não somente do indivíduo, mas também de fatores de ordem física, econômica, política, cultural ou social, a exemplo da necessidade de se fazer a refeição em locais que não oferecem uma alimentação saudável (GAPB, 2014a). Segundo Santos (2005, p.684), o termo "promoção de práticas alimentares saudáveis" começa a aparecer de forma oficial nos documentos brasileiros a partir da década de 90 do século vinte. Nesse período, é a instituição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que oficializa uma nova direção para as políticas de alimentação e nutrição, contrapondo as intervenções da época marcadas pelo assistencialismo. Essa política dá ênfase, sobretudo, ao processo educativo continuado em relação à alimentação e à nutrição, porém aponta para uma necessidade de consenso quanto ao arcabouço teórico e prático desse processo, levando em conta as diferenças regionais do país.

Seguindo a orientação da OMS, em 2006, o Ministério da Saúde publicou o Guia Alimentar para a População Brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável. Esse marco contém as primeiras diretrizes para a população brasileira sobre a promoção da alimentação adequada e saudável. Como atualização periódica das recomendações de alimentação, a partir de 2011 o Ministério da Saúde inicia a elaboração da mais nova edição do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB). Assim, o referido GAPB se constitui como:

“instrumento para apoiar e incentivar práticas alimentares saudáveis no âmbito individual e coletivo, bem como para subsidiar políticas, programas e ações que visem a incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014), em consonância com as orientações da OMS, vem realizando pesquisas na área da saúde. A Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas (2014b, s/p), realizada em parceria com o Ministério da Saúde, apresenta a grande associação entre alguns fatores de risco, como o “tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo”, e as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre as quais a obesidade, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. As pesquisas que propiciam esse acompanhamento são de fundamental importância para a formulação das políticas públicas e das estratégias de enfrentamento dessas doenças.

Outra pesquisa em andamento, denominada ELSA-Brasil, está sendo realizada em seis grandes centros do Brasil, com funcionários (ativos e aposentados) de instituições públicas de ensino superior. Segundo Cardoso et al (2016), o recorte no período de 2008 a 2010, que contou com 15.071 participantes, demonstrou que os hábitos alimentares estão mudando, com o aumento do uso de alimentos ultraprocessados e os prontos para servir. Quatro padrões alimentares foram encontrados: tradicional, frutas e legumes, produtos de padaria e o baixo nível de gordura/baixo nível de açúcar. Segundo Cardoso et al (2016), as organizações internacionais incentivam estudos de padrões alimentares para avaliar a rotina alimentar de uma população, o que é mais adequado para as propostas de intervenção, assim como facilita a identificação da relação entre a dieta e o risco de doenças crônicas.

Uma das iniciativas de promoção da saúde em nosso país é o Programa Academia da Saúde, que visa a promoção da saúde da população através da implantação de espaços físicos com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado, de modo a atender aos oito eixos da proposta:

práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudável; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais;

educação em saúde; planejamento e gestão; e mobilização da comunidade (BRASIL, 2013, s/p).

Um dos eixos desse Programa são as práticas integrativas e complementares. A partir dos anos setenta do século vinte, com os questionamentos sobre a insuficiência e baixa efetividade do modelo hegemônico, centrado na clínica e na melhoria da assistência individual, ainda predominante, inclusive, sobre as ações de Saúde Coletiva, amplia-se a demanda por práticas de saúde alternativas ao modelo biomédico. Surge então a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006c), visando fortalecer tais práticas (dentre as quais a homeopatia, a fitoterapia e a acupuntura) no âmbito dos serviços do SUS (COELHO, 1999; TEIXEIRA, VILASBÔAS, 2014).

As práticas integrativas e complementares sustentam-se numa visão ampliada do processo saúde-doença e tem como um de seus princípios básicos a integração de práticas que valorizem a escuta acolhedora, o vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o ambiente e a sociedade. Tais concepções e práticas possibilitam o exercício da interculturalidade e são capazes de gerar equidade e integralidade da atenção (BRASIL, 2006c). A interculturalidade implica, assim, um compartilhamento de saberes, que facilita a comunicação entre os sistemas tradicionais e populares, proporcionando uma terapêutica mais ampla (PONDÉ, 2007).

Essas novas práticas de saúde evocam outra sociabilidade e ressignificação de valores, incluindo aspectos da subjetividade dos pacientes, o que se desdobra numa maior atenção e interação entre terapeuta e paciente. Elas buscam resgatar a autonomia do indivíduo, assim como reforçar valores de uma vida equilibrada com o meio ambiente natural e social (LUZ, 2005a; NASCIMENTO, NOGUEIRA, LUZ, 2012).

Considerando a diversidade e a complexidade das práticas de saúde, bem como a importância delas para a formação superior em saúde, este artigo tem por objetivo identificar e analisar quais as práticas de saúde que professores de um curso superior em saúde consideram importantes e quais destas práticas realizam, sejam elas de promoção da saúde, prevenção de doenças, integrativas e complementares ou religiosas.

METODOLOGIA

Este é um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório. Foi realizado com nove professores de um curso superior em saúde¹⁰, de uma Universidade Pública, que atualmente conta com 11 docentes, sendo nove mulheres e dois homens. Foram excluídas da amostra duas professoras, por pertencerem à equipe desta pesquisa. Na época, as/os participantes do estudo se encontravam em regime de trabalho de 40 horas, com dedicação exclusiva à Universidade, todos com alto nível de qualificação, na medida em que oito possuem o doutorado e uma o pós-doutorado. A faixa etária do grupo variava de 36 a 59 anos, com média de 45 anos. Para preservar o anonimato das/os participantes, ao final dos trechos extraídos dos depoimentos foi colocada a letra P, de participante, e um numeral.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram realizadas em sala reservada, em dias e horários previamente combinados, no período de dezessete de setembro até vinte de novembro de 2014. A entrevista contou com um roteiro semi-estruturado com trinta e uma questões. Para este artigo foram selecionados os dados sócio-demográficos referentes à idade, sexo, estado civil, religião, cidade de nascimento, cor autodeclarada, curso em que leciona, titulação, instituição em que leciona e pós-graduação, bem como as seguintes perguntas abertas: “Quais práticas você considera importantes para promover a saúde?”; “Quais dessas práticas você realiza para manter a sua saúde?”; “Quais práticas você considera importantes para prevenir doenças?”; “Quais dessas práticas você já realizou para prevenir doenças?”. Além dessas questões, foram solicitadas informações a respeito das práticas de atividade física, alimentação, acesso aos profissionais de saúde, assim como das práticas religiosas e integrativas ou complementares. Quanto aos hábitos alimentares, as informações envolveram o consumo de água, sódio, açúcar, frutas, cereais, verduras, carne vermelha, entre outros. Em relação à prática de atividade física, as informações envolveram frequência semanal, tempo médio de atividade por dia e se é realizada com ou sem acompanhamento profissional. Quanto às práticas integrativas e/ou religiosas, as informações se relacionaram a práticas atuais ou passadas, de modo amplo. No que diz respeito às práticas biomédicas, foi investigado o acesso aos profissionais de saúde.

¹⁰ A não identificação do curso se deveu ao número reduzido de seus professores, visando garantir o sigilo ético a partir da não identificação dos mesmos.

As entrevistas foram gravadas com a utilização de aparelho celular e computador portátil (*laptop*) e, posteriormente, transcritas na íntegra no *Microsoft Word*. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (1977). Desse modo, foi realizada uma leitura exaustiva das entrevistas, quando foram identificadas as unidades de significação através de frases e trechos, as quais, por proximidade de sentido, originaram as seguintes categorias e subcategorias analíticas:

- 1- Práticas de promoção da saúde
- 2- Práticas de prevenção de doenças
- 3 - Práticas de saúde convencionais¹¹
- 4 - Práticas integrativas e complementares → A – com fins terapêuticos
 ↘ B - com fins de promoção da saúde
- 5- Práticas religiosas ligadas à saúde

Para este artigo, foi estabelecido discutirmos, dentre as diversas práticas citadas nas quatro primeiras categorias, apenas aquelas realizadas por três ou mais participantes. Na quinta categoria, as práticas discutidas foram citadas por apenas duas/ois participantes.

O estudo foi conduzido segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), através do Parecer 741.187. Todos os professores assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As/os professoras/es, de modo geral, relataram acerca de práticas pessoais e profissionais refletindo os diversos aspectos dos conceitos de promoção, prevenção e tratamento, incluindo experiências e conhecimentos da medicina tradicional. Pode-se perceber, portanto, uma tendência à superação do modelo médico oficial e não a sua negação. Os docentes apontaram, em sua grande

¹¹ Consideramos, neste artigo, como práticas convencionais aquelas fundamentadas em evidências clínico-epidemiológicas, sustentadas pelo modelo biomédico, ainda predominante.

maioria, práticas mais de cunho individual do que coletivas, apesar de ambas serem reconhecidamente importantes, já que os problemas individuais de saúde também se expressam no coletivo. De um modo mais geral, fica evidente uma visão mais ampla e integrada do ser, vinculada à qualidade de vida dos indivíduos.

1 - Práticas de promoção da saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

Vale ressaltar a importância dessas práticas no contexto deste estudo, pois reforçam e posicionam estas/es professoras/es como mediadoras/es da relação entre universidade e sociedade, numa experiência muitas vezes interdisciplinar, garantida pelo próprio objetivo do curso em que estão inseridas/os. Os docentes realizam, portanto, práticas de promoção da saúde que favorecem o exercício da cidadania, conforme os princípios do SUS.

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

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

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

A obesidade é um problema de saúde em muitos países, que é considerado como uma pandemia muito difícil de reverter (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Segundo o estudo ELSA–Brasil, as intervenções com dietas baseadas exclusivamente na ingestão de energia e nutrientes pode promover resultados

imediatos, mas não sustentam estes resultados a médio e longo prazo (CARDOSO et al, 2016).

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

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

Quanto ao hábito alimentar, das/os nove professoras/es deste estudo, 7 (6 mulheres e 1 homem) referiram ingerir, ao menos, frutas e verduras diariamente, cinco bebem mais de 2 litros de água por dia (3 mulheres e 2 homens), oito fazem as três refeições básicas (6 mulheres e 2 homens) e cinco destes as fazem em casa (4 mulheres e 1 homem), o que pode ser considerado como uma preocupação com a qualidade da alimentação. Apesar do número de participantes deste estudo ser pequeno, observa-se que os homens cuidam da alimentação, assim como as mulheres.

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

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

Entre as/os professoras/es do presente estudo, quanto ao consumo de alto teor de açúcar e sal, 6 mulheres e 2 homens referiram não possuir este comportamento e 1 mulher referiu possuir às vezes. Em relação ao consumo de gordura diariamente, 4 mulheres e dois homens não o fazem e 3 mulheres referiram fazê-lo às vezes. A carne vermelha não é consumida diariamente por 5 mulheres e é consumida diariamente pelos dois homens, embora os mesmos não consumam gordura.

Numa análise geral, das 7 mulheres deste estudo, 6 consomem frutas, verduras e legumes diariamente, em consonância com a literatura, assim como os homens consomem carne diariamente e 8 dos participantes fazem pouco uso diário de sal e açúcar. Podemos considerar que essas/es professoras/es tendem a hábitos alimentares saudáveis, corroborando a literatura quanto ao comportamento de adultos com elevado grau de escolaridade, dado importante, principalmente tratando-se de docentes de cursos na área de saúde.

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

sódio e potássio, um maior consumo de frutas e hortaliças e um menor consumo de produtos industrializados.

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

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

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

Atividades físicas regulares [...] (P3)

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

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

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

(2009), a partir das recomendações de 21 países, sendo 14 deles Estados-membros da região europeia da OMS, estipula-se, para a preservação da saúde de adultos, pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada¹², 5 dias por semana. Lima e Luiz (2015), ao realizar estudo comparativo de diversas diretrizes internacionais, afirmam que também há uma orientação geral para que as pessoas acumulem 150 minutos por semana de atividades que podem ser diversas e, com isto, não fixarem uma frequência semanal. No presente estudo não foi investigada a intensidade da atividade física quando realizada, apenas a duração por dia e a frequência semanal. No entanto, agregamos informações sobre a intensidade, haja vista a sua importância e os benefícios vinculados à saúde de modo geral.

A maioria das/os participantes deste estudo realizam as suas atividades físicas com orientação profissional, com exceção de apenas uma professora. Apenas dois participantes (P3 e P5), um homem e uma mulher, realizam atividade de 5 a 7 dias na semana, com duração maior que 30 minutos por dia. A grande maioria (P1, P4, P6 e P7), todas mulheres, realizam atividades 3 a 4 vezes por semana, com duração média de 60 minutos por dia. As/os demais (P2, P8, P9) realizam atividades 1 a 2 vezes por semana, também com uma variação média de 60 minutos por dia.

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

Apenas dois participantes do presente estudo (1 homem e 1 mulher) realizam atividades físicas em conformidade com as recomendações internacionais,

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

com uma duração acima da preconizada. Segundo Lima e Luiz (2015), as diretrizes orientam a quantidade mínima de atividade física que provoca benefícios à saúde, considerando que mais benefícios se incorporam com a ampliação de tais atividades, sem discriminar quando isto para de acontecer. No entanto, as 4 participantes deste estudo que realizam suas atividades físicas 3 a 4 vezes por semana podem estar se beneficiando também, por estarem acumulando os 150 minutos semanais. Apenas 3 participantes (2 mulheres e 1 homem) apresentam um padrão de atividade semanal insatisfatório, segundo a literatura. No Brasil, 46% das pessoas não praticam atividade física ou a praticam insuficientemente, com menos de 150 minutos por semana. O grupo menos sedentário representa 36,7% dessa população, na faixa etária entre 18 a 24 anos de idade, e o mais sedentário corresponde a 62,7%, formado por pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2014b).

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

Quanto ao **lazer**, Marcelino (2012) considera que este não deve ser tomado apenas pelo conteúdo da ação, sendo a atitude e o tempo aspectos importantes a serem considerados. Ou seja, é importante a relação estabelecida entre o indivíduo com a experiência vivida e a relação do lazer com o tempo livre¹³, ou melhor, com o tempo disponível, fora de qualquer obrigação. No conteúdo do lazer encontram-se, normalmente, valores intrinsecamente relacionados, como o descanso e o divertimento, além dele proporcionar o desenvolvimento pessoal e social. Portanto, o lazer está numa relação dinâmica com outras áreas da vida social.

¹³ Marcelino (2012, p. 9) chama a atenção para a polêmica em torno desse conceito, já que nenhum tempo pode ser considerado livre “de coações ou normas de conduta social”, fazendo alusão à condição de permissão ou controle da vida social.

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

Para mim é fundamental dançar, viajar. (P1)

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

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

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

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

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

Na literatura, salienta-se que o lazer pode ser transformado numa prática alienante, baseada no consumismo (MARCELINO, 2012; GOMES, 2013). Isso seria uma forma de fuga, de compensação, uma busca pelo ideal de felicidade. Na vida moderna, a importância do lazer implica um tempo privilegiado para a vivência de valores que possam contribuir para mudanças de ordem social e cultural. Como as práticas de lazer envolvem um todo articulado, o ideal seria que as pessoas conhecessem os conteúdos das seis áreas, conforme a classificação mais usual, para optarem e se beneficiarem na busca dos interesses artísticos, intelectuais, físicos, manuais, turísticos e sociais (MARCELINO, 2012). No estudo realizado por Pondé, com moradores da cidade de Ribeira/BA¹⁴, a sociabilidade e o contato verbal são os valores que mais representam o “divertimento”, como foi considerado o lazer.

A realização de **acompanhamento/exames preventivos** foi uma prática citada pelas/os participantes (P2, P4, P6, P7). Vale ressaltar que a realização de exames preventivos pode ser considerada uma prática de prevenção, no entanto foi citada pelos docentes deste estudo como uma prática de promoção da saúde. Essa percepção nos remete à promoção da saúde vinculada à prevenção primária, concepção sustentada por Leavell & Clark, na década de 60 do século XX (BRASIL, 2010). Nessa direção, a compreensão sobre a prevenção vem mudando ao longo do tempo, abrangendo desde a ação que impede a ocorrência da doença (prevenção primária) até a “intervenção que diagnostica precocemente, detém ou retarda a sua progressão” (prevenção secundária) (BRASIL, 2010, p. 11).

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

No Brasil, o câncer de colo do útero, por exemplo, é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Esse é um tipo de tumor com grande

¹⁴ Nome fictício.

potencial de cura quando detectado precocemente. No entanto, há uma estimativa de que 12% a 20% das brasileiras, entre 25 e 64 anos, nunca realizaram o exame citopatológico, que é a principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero (BRASIL, 2016).

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

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

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

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

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

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

Em uma pesquisa realizada por Perez, Olivier e Behr (2010) com 22 bancários no retorno ao trabalho, após afastamento por doenças psicossomáticas, buscou-se verificar, entre outros aspectos, o impacto deste retorno nas suas relações interpessoais. Os bancários referiram que, ao retornarem ao banco, não receberam orientação em relação às suas novas atividades, além de se manterem preocupados com o desempenho, com o ambiente e com o convívio com as pessoas. Suas relações interpessoais ficaram frágeis, instáveis e continuaram provocando sentimentos de insegurança e falta de confiança. Essa pesquisa revela

que as possibilidades de intercâmbio emocional e a qualidade das trocas afetivas são extremamente importantes para o equilíbrio e a manutenção da saúde física e emocional dos indivíduos.

2 - Práticas de prevenção de doença

As práticas de prevenção de doença referenciadas foram amplas e refletiram aspectos de educação em saúde, assim como medidas gerais voltadas para a prevenção de certos adoecimentos. São elas: Alimentação (P2, P3, P4, P5, P6, P7), Atividade física (P2, P3, P5, P6, P8), Lazer e descanso (P3, P7, P8), Relações interpessoais (P1, P5, P7). As falas abaixo exemplificam tais práticas:

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

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

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

Todas as práticas citadas como ligadas à prevenção de doenças foram também citadas como sendo de promoção da saúde. Esse dado não contradiz a literatura, que sinaliza uma interseção entre essas práticas, através de projetos de educação em saúde que visam a mudança de comportamento dos indivíduos em relação a sua própria saúde. No entanto, Czeresnia (2009, p. 51) ressalta uma “pequena” e “radical” diferença entre as mesmas. Pequena porque essas práticas são sustentadas no conhecimento técnico e científico específico da área da saúde, referenciadas por conceitos que também embasam o discurso preventivo. Radical porque a promoção da saúde implica uma perspectiva de transformação da concepção de mundo, de modo que permita uma grande mudança no uso do conhecimento para a formulação e operacionalização das práticas de saúde. Ou seja, a autora salienta que seriam necessárias mudanças profundas na forma de se articular o conhecimento e a operacionalização das práticas de saúde, já que a promoção envolve a capacidade de escolha e esta não se reduz apenas ao

conhecimento produzido, mas à esfera do valor, da intencionalidade daquele que interpreta e analisa uma situação de saúde. Quanto a isso, vale ressaltar, no discurso das/os professoras/es dessa pesquisa, a presença de uma conceituação positiva da saúde, quando apontam não apenas para o que precisa ser evitado, mas, principalmente, para o que é necessário se praticar numa perspectiva positiva, incluindo aspectos de ordem física, mental, emocional, espiritual, cultural, ambiental, etc, conforme o que é descrito nas categorias.

3 - Práticas de saúde convencionais

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

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

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

Na cultura contemporânea, o cuidado é uma questão fundamental para todos, incluindo-se o autocuidado e o heterocuidado, englobando necessariamente o cuidado médico. Porém, a centralidade na doença para a medicina científica e o distanciamento na relação médico-paciente vem criando uma barreira para muitos indivíduos (LUZ, 2005b). Não é que o raciocínio e as práticas biomédicas não deem conta dos problemas clínicos, porém tendem a não absorver nos seus diagnósticos e programas terapêuticos os processos psicológicos e os aspectos socioeconômicos

dos pacientes. Essa tendência tem provocado uma grande insatisfação por haver uma concentração das práticas nas partes de um sistema em detrimento do todo, o qual é eminentemente complexo (BARROS, 2002). Desse modo, são os limites que estão sendo apontados aqui e não a medicina enquanto ciência. Assim parecem se posicionar os professores participantes dessa pesquisa. Quando referem a prática de ir ao médico e a outros profissionais da saúde, não se preocupam apenas com os aspectos biológicos da saúde. Vale ressaltar, também, a adesão ao tratamento psicanalítico ou psicológico, constatando-se a importância dada aos fenômenos psíquicos no processo de autocuidado. As falas abaixo retratam tais posicionamentos:

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

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

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

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

4 - Práticas integrativas e complementares

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

A - Com fins terapêuticos

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

Segundo Luz (2005a), as práticas terapêuticas, apesar de fazerem parte de determinada racionalidade médica, muitas vezes são utilizadas de maneira isolada com base mais na lógica da experiência e da eficácia que por uma coerência teórica de uma racionalidade. Em um estudo americano com 159 participantes, Sirois, Salamonsen e Kristoffersen (2016) verificaram que confiar na eficácia e perceber uma articulação entre os próprios valores e os fundamentos da Medicina complementar e alternativa (CAM) estavam associados com indicadores psicológicos e comportamentais de compromisso com o uso desta medicina. Referem ainda que as pessoas que utilizam a Medicina complementar e alternativa são usuários de saúde com características de autonomia, responsabilidade e valores individuais. Essas afirmações se aproximam da análise de Luz (2005a), quando ela afirma que essas terapias, para além da autonomia das pessoas, buscam a reconstrução das suas identidades e valores na direção de uma harmonização com o todo, de maneira solidária familiar e socialmente, o que pode ser exemplificado com o fragmento abaixo:

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

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

Como terapia designada como complementar, a homeopatia deriva de um sistema médico complexo, que tem a sua própria racionalidade, assim como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica. Elas têm sido muito utilizadas na nossa sociedade. Na homeopatia a relação médico-paciente é considerada um guia para a evolução do tratamento, propiciando um maior conhecimento do

indivíduo em relação a si mesmo, seu corpo e seu psiquismo, buscando uma maior autonomia frente ao processo de adoecimento, facilitando o processo de reconstrução da própria saúde (LUZ, 2005b).

A medicina ayurvédica é o sistema médico conhecido mais antigo, desenvolvido na Índia há mais de cinco mil anos, sendo a alimentação um fator central dessa medicina. Nela a alimentação deve ser personalizada, de acordo com a constituição de cada indivíduo, estando o equilíbrio do corpo vinculado a três tipos de energia - *Vata*, *Pitta* e *Kapha* -, podendo haver predominância de um ou mais tipos em cada indivíduo (NAVOLAR, TESSER, AZEVEDO, 2012).

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

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

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

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

B - Com fins de promoção da saúde

Quando perguntados se já realizaram ou realizam práticas integrativas e complementares, todas/os as/os professoras/es já realizaram mais de uma ou ainda realizam, conforme a ordem, a seguir, dos mais citados: Fitoterapia - (P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9); Massagem - (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9); Pilates - (P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9); Yoga - (P1, P3, P4, P5, P7, P8, P9); Terapia floral - (P1, P2, P4, P8,

P9); Homeopatia - (P1, P2, P4, P8, P9); Acupuntura - (P1, P3, P4, P9); RPG - (P1, P4, P7, P9).

Verificou-se que a prática da **Fitoterapia** foi a mais citada nas duas perspectivas: terapêutica e promotora da saúde. Esse dado coincide com o estudo realizado por Santos et al (2011), que cita a Fitoterapia como a medicina integrativa que mais cresce ao longo dos anos, em função da eficácia das plantas medicinais, comprovada pelos estudos científicos. Foi através da portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que o Ministério da Saúde passou a disponibilizar aos usuários do SUS opções terapêuticas e preventivas incluindo as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos. Nessa portaria aponta-se que os medicamentos fitoterápicos sofrem o controle técnico de qualidade da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária e que são exclusivamente provenientes de matérias-primas de origem vegetal. A grande diversidade vegetal do Brasil e o baixo custo são fatores de grande importância para o investimento em programas de saúde nessa direção, associando-se ao conhecimento popular, o que é valioso do ponto de vista histórico-cultural.

Em um estudo realizado por Silva, Lima e Bastos (2015), numa instituição federal do interior da Bahia, com 40 docentes do curso de enfermagem, a terapia mais conhecida e utilizada por 58,1% (18) dos participantes foi a homeopatia, seguida da fitoterapia, com 51,6% (15). Esse dado pode estar relacionado ao fato da **Homeopatia** ter sido considerada uma especialidade médica em 1980 e por ser a pioneira a ser implementada nos sistemas de saúde do Brasil (NASCIMENTO, NOGUEIRA, LUZ, 2012). No presente estudo, a Homeopatia aparece como a segunda mais citada opção de tratamento, como uma prática realizada por 5 professoras/es, assim como a terapia floral.

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

O método **Pilates**, também muito citado pelos participantes deste estudo, foi desenvolvido pelo alemão Joseph Humbertus Pilates (1880-1967) e surgiu durante a primeira guerra mundial para recuperar os doentes da guerra. A utilização desse método com enfoque terapêutico tem crescido e pesquisas têm buscado evidências desse método na reabilitação ortopédica, neurológica, aplicada à população idosa, em gestantes e em atletas (GONÇALVES, LIMA, 2014). Esse método é baseado em princípios da cultura Oriental e Ocidental, pois envolve desde a percepção corporal, flexibilidade, equilíbrio e conscientização, até a força e tônus muscular. Em uma pesquisa realizada por esses autores com 85 praticantes de oito estúdios de Pilates na cidade Fortaleza, 100% dos indivíduos do grupo iniciante perceberam mudanças no seu corpo após a prática do método e 95,8% dos indivíduos do grupo 2 (já praticantes) evidenciaram essa mudança.

A **Yoga**, uma prática milenar pertencente à filosofia Hindu, muito citada pelas(os) professoras(es) deste estudo, é baseada em princípios e práticas destinadas a promover a saúde e o bem-estar, buscando a integração do corpo, da mente e do espírito. É uma prática considerada de baixo risco e baixo custo para o tratamento de estresse, ansiedade, depressão, entre outros. Na França, a Yoga Educacional é um tipo de yoga que vem sendo utilizada como ferramenta de melhoria do processo ensino-aprendizagem. Essa proposta foi lançada pela francesa Micheline Flack, fundadora da escola Pesquisa sobre Yoga na Educação e pelo professor e filósofo Jacques de Coulon. Em uma pesquisa realizada com 6 professoras do curso de Pedagogia da Universidade Univali, visando favorecer o gerenciamento do estresse e a utilização da prática, seja individualmente, seja com os alunos, os resultados apresentados tratam de benefícios em relação ao sono, à concentração e às situações desconfortáveis geradas pelo trabalho (ROSA, 2011), revelando uma experiência exitosa e inovadora para a melhoria da qualidade de vida no ambiente de trabalho.

A **Terapia Floral**, também realizada pelas(os) professoras(es) deste estudo, foi desenvolvida pelo médico inglês Edward Bach, em 1930. Baseada na essência de plantas, ela visa promover o bem-estar emocional e a saúde corpo-mente, sustentada no princípio vitalista de curar indivíduos doentes pelo equilíbrio da sua vitalidade (NEVES, SELLI, JUNGES, 2010). Atualmente, os Florais de Bach são reconhecidos como tratamento natural pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1956. Um estudo com 14 professores enfermeiros de uma Universidade do

extremo sul de Santa Catarina visou identificar as contribuições da terapia floral no controle do estresse ocupacional. Em relação à percepção do estresse, 78,57% dos professores se sentiam estressados e 21,43% não se consideravam estressados. A maioria dos professores considerou sua profissão estressante (85,71%). Em relação à opinião sobre a utilização da terapia floral no controle do estresse, 50% dos professores referiram que a terapia floral promoveu calma e tranquilidade, alívio de tensões, diminuição da ansiedade, sensação de paz e equilíbrio mente-corpo, sendo considerada uma ótima terapia (BOTELHO, SORATO, 2012). Em outro estudo realizado com 59 professores de Enfermagem de instituições de ensino superior, duas públicas e duas particulares, da cidade de São Paulo, a terapia floral foi a segunda mais citada (21 vezes) e utilizada para o autocuidado (SILVA, BENKO, 1998).

A **Acupuntura**, uma das técnicas da Medicina Tradicional Chinesa, também citada pelas(os) professoras(es) deste estudo, considera que “as funções orgânicas dependem de um equilíbrio entre o corpo e o meio externo”, com foco no indivíduo e na mente (MACHADO, OLIVEIRA, FACHINE, p. 42, 2012). No Brasil, é uma terapêutica que tende a ser usada em combinação com a medicina alopática. Pode ser praticada por profissionais de saúde desde que devidamente normatizada pelos respectivos Conselhos Federais.

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

3 - Práticas Religiosas ligadas à Saúde

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

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

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

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

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

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

A associação dos aspectos culturais de uma população, incluindo as dimensões espirituais e ambientais, por exemplo, às práticas de saúde já é reconhecida oficialmente pela OMS e UNESCO desde 1996. No Brasil, um país sincrético, é muito comum a complementariedade de práticas da medicina oficial com as terapêuticas religiosas e os saberes populares. Pensar a relação entre crenças religiosas e práticas de saúde pode estar eminentemente articulado com a

promoção da saúde, podendo integrar, inclusive, uma rede de suporte (MELLO, OLIVEIRA, 2010). A citação abaixo exemplifica isso:

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Vale ressaltar, também, a diversidade de oportunidades que esses professores possuem para dialogar, com os discentes do curso em questão, sobre as diversas concepções e práticas de saúde, atendendo às diretrizes internacionais da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde, assim como aos princípios do SUS, já que esta temática se encontra presente em

diversos componentes curriculares e ações de extensão. Isso cria maior possibilidade de fortalecer uma participação crítica nos processos de promoção da saúde, prevenção de doenças e práticas terapêuticas (convencionais ou integrativas e complementares), considerando os modos de vida e singularidades dos indivíduos. A concepção do curso e a formação acadêmica dos docentes são, portanto, elementos que podem ser favoráveis a esses processos. Entretanto, outros aspectos sociais, institucionais e subjetivos são necessários para consolidar uma mudança no estilo de vida ou posicionamento crítico frente às concepções, práticas e políticas de saúde, inclusive em maior escala. A implantação de políticas institucionais é muito importante, possibilitando contemplar programas, nas próprias universidades, que promovam a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividade física, a alimentação saudável, entre outros, e atendam às comunidades interna e externa. Apoiar a utilização de bicicleta como meio de transporte para a universidade e o trabalho, restaurantes com alimentação supervisionada e acesso a espaços para exercícios físicos orientados individuais ou coletivos são algumas iniciativas que podem colaborar para uma vida mais saudável.

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

REFERÊNCIAS

ALMEIDA – FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ANDRADE, G.R.B., VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>>. Acesso em: 17 maio 2015.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

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

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19. Jan/Fev/Mar/Abr 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

BOTELHO, S.H., SORATO, M.T. A terapia floral no controle do estresse do professor enfermeiro. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 12, n. 31, p. 31-42, maio-ago, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Obesidade. **Cadernos da Atenção Básica**, n. 12, série A. Normas e manuais técnicos: Brasília, 2006b, 108 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Portaria nº 971, de 02 de maio de 2006c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf. Acesso em: 02 jan. 2017.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006**. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**, 2. ed. Brasília, 2014a, 156 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, A.M.M., CAMARGO, B.V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283 – 303, 2011.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.19-42.

CABEZA, M.C. **Ocio humanista. Dimensiones y manifestaciones actuales del ocio**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000.

CARDOSO, L.O., et al. Eating patterns in the *Brazilian Longitudinal Study of Adult Health* (ELSA-Brasil): an exploratory analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p. 1-14, 2016.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CARTA DE OTTAWA. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 16 set. 2016.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSEN, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 172-179, 1985.

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

COELHO, M. T.A.D. **O conceito de saúde: análise dos principais debates nos discursos contemporâneos de referência científica**. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1999.

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

CUNHA, A. G. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 4ª ed. Revista pela nova ortografia. Rio de Janeiro: LEXIKON, 2010, 744 p.

CUSTÓDIO, J. A. C. (UEL) Mil anos no banho! **Anais da Jornada de Estudos Antigos e Medievais**, ISSN 2177-6687, Maringá, 21 a 23 setembro de 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p 39-53.

_____. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. **Série B. Textos Básicos de Saúde - MS**. Regulação & Saúde, Rio de Janeiro, v. 3, t. 2, p. 211-240, 2004. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/acoespromocaosaude.pdf>. Acesso em: 16 setembro 2016.

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: **Promocion de la salud: una antología**. Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Washington. EUA, 1996, Publicación científica nº 557. p. 25-36.

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

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde - **PNS 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

JONES, J.T.; FURNER, M. Health-promoting schools: a healthy setting for living, learning and working. **World Health Organization**. Geneva, n.4, p. 1-6, 1998.

LALONDE, M. El concepto de campo de la salud. In: **Promocion de la salud: una antología**. Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Washington, EUA, Publicación científica nº 557, p. 3-5, 1996.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

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

LUZ, M.T. Abordagens teóricas: novas práticas em Saúde Coletiva. In: MINAYO, MCS.; COIMBRA JR, CEA., organizadores. **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005a. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books.

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento), p.145-176, 2005b.

MACHADO, M.M.T., Oliveira, J.C., Fachine, A.D.L. Acupuntura: Conhecimento e Percepção de Professores Universitários. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 41-49, 2012.

MALTA, D.C., et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014.

MARCELLINO, N.C. **Estudos do lazer**: uma introdução. 5ª ed. Campinas: São Paulo, 2012.

MEIRA, C.S. **Plantas do axé e sua fundamentação religiosa**: um estudo de caso no terreiro de Umbanda “Caboclo Boiadeiro”, 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Itapetinga, 2013.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional, **Interface - Comunicação saúde educação**, v.14, n.34, p.683-92, jul./set. 2010.

MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S.S. Relação religião e saúde: possíveis contribuições. In: 27ª Reunião Brasileira de Antropologia, UFPA, 2010, Belém. **Anais eletrônicos...** Belém: UFPA, 2010. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt30/mlbcm.pdf. Acesso em: 19 fevereiro 2017.

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

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

NASCIMENTO, M.C., NOGUEIRA, M.I., LUZ, M.T. Produção científica em Racionalidades Médicas e práticas de saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares / Journal of Naturology and Complementary Therapies**, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2º sem. 2012.

NAVOLAR, T.S.; TESSER, C.D.; AZEVEDO, E. Contributions to the construction of Integrative and Complementary Nutrition. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.41, p.515-27, abr./jun. 2012.

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

NUNES, A.L.P.F.; SILVA, M.B.C. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. **Mal-Estar e Sociedade**, Barbacena, Minas Gerais: EdUEMG, Ano IV, v. 4, n. 7, p. 119-133, julho/dezembro 2011.

OLIVIER, M.; BEHR, R.R. Relações no trabalho e na família: a congruência dos problemas, sentimentos e emoções. In: Congresso Internacional da IARR No Brasil. (2005) Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde para a Organização dos Estados Americanos (OEA)**. Washington, p. 1-6, set. 2003. Disponível em: <http://scm.oas.org/pdfs/2004/CP12394p.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

ORIENTAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA PARA A ACTIVIDADE FÍSICA. **Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar**. LISBOA, Jul. 2009. Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/5914220448608-Colgios-Exercicio-e-Sade-Docs-de-Referncia-Orientaes-da-UE-para-a-Actividade-Fsica.pdf>. Acesso em: 06 nov 2016.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D.; Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.165-181.

PEREZ, C.S.; OLIVIER, M.; BEHR, S.C.F. Dificuldades nas Relações Interpessoais: o retorno de trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento. In: VI Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD. Florianópolis, **Anais ...** Florianópolis: SC, 2010.

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

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

PONDÉ, M.P. **Lazer e saúde mental**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2007. 203p.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROSA, T.F.S.B. **O impacto da prática de Yoga sobre o estresse no trabalho docente no curso de pedagogia**. 212 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Vale de Itajaí. Itajaí, 2011.

SANTOS, L.A.S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005.

SANTOS, R.L.; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, A.S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde, **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.13, n.4, p.486-491, 2011.

SEUBERT, F.; VERONESE; L. A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-13-2]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 11 maio 2017.

SILVA, L. B.; LIMA, I.C.; BASTOS, R.A. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública. **Revista Saúde Coletiva**. UEFS, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p.40-45, dez. 2015.

SILVA, M.J.P.; BENKO, M.A. O uso das terapias alternativas por enfermeiros docentes, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 457-468, jul./set.1998.

SIROIS, F.M., SALAMONSEN, A., KRISTOFFERSEN, A.E. Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: a consumer commitment model. **BMC Complementary and Alternative Medicine BMC**. 2016; v.16, n.1, p. 1-9. Published online 2016 Feb 24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765033/?tool=pubmed>. Acesso em: 05 fev 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 05-64, jan./mar. 2010.

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook. 2014. p. 287-301.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoría de la Salud Pública. In: **Promoción de la Salud: una antología**. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, EUA, Publicación científica, n. 557, 1996. p. 37-44.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A perspectiva de que as concepções referenciam as práticas, favorecendo avaliá-las e reconduzi-las, apontada ao longo deste trabalho, esteve sempre presente como uma questão muito importante e subjacente para a pesquisadora. Muito embora os conceitos não consigam reproduzir a total complexidade da realidade, nem da experiência subjetiva da saúde e do adoecer, o ideal é não desconectar a relação do conhecimento científico com o conhecimento dos nossos próprios corpos, conforme reflete Czeresnia (2009). Este é um aspecto essencial para a atenção integral em saúde, podendo-se fazer, assim, uma articulação mais adequada e, talvez, profunda a respeito da relação entre o conhecimento e a singularidade da experiência.

Nessa pesquisa, pôde-se identificar que as/os professoras/es compreendem o processo saúde-doença como um fenômeno complexo e possuem uma concepção ampliada de saúde, sem excluir os aspectos biológicos e o cuidado médico. É possível relacionar tal concepção às contribuições das trajetórias de vida e acadêmicas dessas/os professoras/es. Experiências pessoais e profissionais como a doença crônica, seja pessoal ou familiar, e a prática do tratamento clínico de determinadas doenças permitiram percepções sobre as limitações das práticas biomédicas. Mais relevante ainda é a formação *stricto sensu* dessas/es professoras/es na área da Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública, além da proposta curricular do curso em que lecionam, o qual, desde a sua concepção, foi referenciado na teoria e prática da interdisciplinaridade, voltado para uma formação mais humanista, reflexiva e crítica, com foco na saúde e em um modelo pedagógico ativo, valorizando os métodos além dos conteúdos.

As/os professoras/es realizam uma multiplicidade de práticas promotoras da saúde, que incluem as dimensões física, mental, social e espiritual, na direção da integralidade do cuidado em saúde, desde as práticas biomédicas às práticas integrativas e religiosas. No entanto, a maioria das práticas pessoais apareceu numa dimensão individual, de autocuidado, predominando o enfoque comportamental da mudança do estilo de vida, o que implica uma vertente ainda restrita da promoção da saúde. Esta vertente sofre crítica por parte de alguns autores, pois se espera que as mudanças ocorram em nível das conquistas sociais e das políticas intersetoriais, e que promovam melhorias na qualidade de vida da população. O enfoque mais ampliado e voltado para o coletivo se fez presente, neste estudo, nas práticas

acadêmicas nas áreas do ensino, pesquisa e extensão, com relevantes reflexões, projetos e ações de impacto social, ligados à promoção da saúde de moradores de rua, qualidade de vida de gestantes, pesquisa sobre políticas de saúde, etc. Neste caso, sobressai a tendência mais avançada e moderna da Promoção da Saúde, que se relaciona com a educação para a saúde em qualquer espaço coletivo, capacitando a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida.

Houve uma sobreposição entre algumas práticas de promoção da saúde e outras de prevenção de doença, incluindo aspectos como atividade física, alimentação, lazer, entre outros, ou seja, aspectos que envolvem mudança de comportamento em relação à própria saúde, foco de projetos educativos. Esse dado é considerado esperado pela literatura da área.

A qualidade da formação tende a se refletir no cotidiano das práticas de modo geral e, tratando-se das áreas de educação e de saúde, mais importante se torna a sua contribuição para a melhoria da qualidade da atenção em saúde, seja do próprio indivíduo, seja da população. Portanto, a concepção ampliada, a compreensão da saúde como um fenômeno complexo e a prática interdisciplinar se tornam fundamentais para a reorientação das práticas, como preconiza a OMS, perspectivas que devem compor a base dos cursos da área da saúde e da formação docente. Desse modo, entende-se que os professores participantes desta pesquisa possuem grande substrato de conhecimento e experiências de autocuidado, além de fazerem parte de um contexto educacional, ou melhor, do projeto político pedagógico de um curso inovador, o que lhes permitem dar uma importante contribuição para a formação de futuros profissionais para a área da saúde, podendo influenciar de maneira transformadora a postura, o compromisso e a cultura profissional dos estudantes.

A área da educação é um grande desafio, especialmente tratando-se da área da saúde, em que os professores assumem uma responsabilidade frente à formação de profissionais que devem atender a demandas complexas, que envolvem as diversas dimensões da vida de um indivíduo ou de uma população, além de atuar de modo a atender às políticas públicas. Desse modo, a prática docente se mostra cada vez mais complexa e desafiante, demandando uma percepção cada vez mais ampla da realidade, uma relação dialógica com os diversos atores do processo ensino-aprendizagem, a utilização de metodologias ativas e uma postura aberta e flexível frente ao saber.

Diante das diversas e crescentes demandas, somadas às atividades do cotidiano docente, como a sala de aula, a correção de avaliações e trabalhos, incluindo-se a responsabilidade assumida frente a um processo avaliativo sustentado na produtividade, verifica-se, neste e em outros estudos, uma sobrecarga de trabalho que gera impactos negativos na saúde das/os professoras/es. Os impactos psicológicos como o estresse, a ansiedade e a irritação foram os mais citados, sendo o estresse o principal impacto negativo. Esse dado pode estar representando um aumento de tensão vivenciada no exercício da profissão. Os fatores promotores de estresse e ansiedade, corroborados pela literatura, foram a sobrecarga de trabalho e suas implicações sobre a vida privada, a falta de suporte e as múltiplas responsabilidades. Tais aspectos, que denunciam condições de trabalho inadequadas, podem representar uma negligência frente à saúde dos professores.

Investigar e refletir sobre a complexidade do processo saúde-doença sob a perspectiva de professores da área da saúde, compreendendo as concepções, as práticas pessoais de saúde e a percepção das implicações do trabalho sobre a própria saúde, permite a articulação de dados que podem gerar novas discussões e ações frente a mudanças curriculares dos cursos da área da saúde, perspectivas de melhoria para a ampliação da formação docente, problematização das políticas e diretrizes dos processos avaliativos dos programas de pós-graduação, assim como das condições que envolvem o trabalho dos professores. Assim, pode-se também diminuir as divergências conceituais e aproximar as concepções e as práticas de saúde das reais necessidades dos indivíduos e da população.

Apesar das limitações deste estudo, principalmente por se tratar de apenas um curso de uma instituição, consideramos que a profundidade da análise nos revela construtos, percepções e valores intrínsecos a determinada realidade. Desse modo, novas pesquisas são necessárias, buscando ampliar o campo investigativo, assim como comparar diferentes realidades institucionais.

4 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.R.M. Avaliação da aprendizagem: reflexões sobre os desafios atuais. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. A. S.; CRUZ, A.R.S. (Orgs.). **Docência no ensino superior: desafios da prática educativa**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 81-107.

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

ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

_____. **O que é Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ALMEIDA, L.R.M. Avaliação da aprendizagem: reflexões sobre os desafios atuais. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. S.; CRUZ, A.R. S. (Orgs) **Docência no Ensino Superior: desafios da prática educativa**. Salvador: EDUFBA, 2011.p. 81 – 107.

ANDRADE, G.R.B., VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.

ARAÚJO, T.M.et al. Mal – estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n.1, p.6-21, jan./jun. 2005.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.

BARATA, R.B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p.167-214.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/bardin-laurence-analise-de-conteudopdf.html>>. Acesso em: 17 maio 2015.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

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

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19. Jan/Fev/Mar/Abr 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>. Acesso em: 25 jul 2016.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, Edição Especial, v. 19, n. 1, p. 103-111, 2007.

BOSI, A.P. A precarização do trabalho docente nas instituições de ensino superior do Brasil nesses últimos 25 anos. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 101, p. 1503-1523, set./dez. 2007.

BOTELHO, S.H., SORATO, M.T. A terapia floral no controle do estresse do professor enfermeiro. *Saúde em Revista*, Piracicaba, v. 12, n. 31, p. 31-42, maio-agosto 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Obesidade. **Cadernos da Atenção Básica**, n. 12, série A. Normas e manuais técnicos: Brasília, 2006b. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. Portaria nº 971, de 02 de maio de 2006c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf. Acesso em: 02 jan 2017.

_____. Ministério da saúde. **Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006**. Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução nº 196/1996. [Internet]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Brasília.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jun. 2014. Seção 1, p. 8-11. Disponível em: <<http://goo.gl/PHk8yA>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**, 2. ed. Brasília, 2014a. 156 p.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/** Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRITO, A.M.M., CAMARGO, B.V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283 – 303, 2011.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 19-42.

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

CABEZA, M.C. **Ocio humanista. Dimensiones y manifestaciones actuales del ocio**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2000.

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

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, v. 4, n. 2, p. 287-307, 1997.

CARDOSO, L.O. et al. Eating patterns in the *Brazilian Longitudinal Study of Adult Health* (ELSA-Brasil): an exploratory analysis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p. 1-14, 2016.

CARLINDO, E.P. **Trajetória de vida e formação acadêmico-profissional**: elementos constituintes acerca do *habitus* professoral e do capital cultural inerentes à docência. FCL/UNESP, 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/234_126.pdf. Acesso em: 22 abr. 2016.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSEN, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 172-179, 1985.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde**. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 16 set. 2016.

COELHO, C.M.M. Formação docente e sentidos da docência: o sujeito que ensina, aprende. In: MARTINEZ, A.M.; SCOZ, B.J.L.; CASTANHO, M.I.S. (Orgs.). **Ensino e aprendizagem: a subjetividade em foco**. Brasília: Liber Livros, 2012. p. 111-129.

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

COELHO, M.T.A.D. **O conceito de saúde: análise dos principais debates nos discursos contemporâneos de referência científica**. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1999.

_____. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhem. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, 1999.

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

CUNHA, A.G. da. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 4ª ed. Revista pela nova ortografia. Rio de Janeiro: LEXIKON, 2010. 744 p.

CUSTÓDIO, J.de A.C. (UEL) Mil anos no banho! **Anais da Jornada de Estudos Antigos e Medievais**, ISSN 2177-6687, Maringá, 21 a 23 setembro de 2011.

CZEKSTER, M.D.V. **Sofrimento e prazer no trabalho docente em escola pública**. 2007. 151 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

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

_____. Interfaces do Corpo: Integração da alteridade no conceito de doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n.10, v. 1, p. 19-29, 2007.

_____. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. Série B. Textos Básicos de Saúde - MS. **Regulação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, t. 2, p. 211-240. 2004. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/acoespromocaosaude.pdf>. Acesso em: 16 setembro 2016.

DARWIN, C.R. Prefácio. In: GONZÁLEZ REY, F.L. **Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: CORTEZ, 2011. p. 11-18.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: um estudo de psicopatologia do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1988.

EPP, J. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: **Promocion de la salud**: una antología. Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Washington, EUA, Publicación científica nº 557, p. 25-36, 1996.

FONTANA, R.T.; PINHEIRO, D.A. Condições de saúde auto-referidas de professores de uma universidade regional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 270-276, jun. 2010.

FREITAS, C.E.S. **Trabalho docente e saúde**: efeitos do modelo neoliberal. Feira de Santana: UEFS, 2013.

GASPARINI, S.M.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação & Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, 2005.

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

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

GONZÁLEZ REY, F.L. **Subjetividade e saúde**: superando a clínica da patologia. São Paulo: Cortez, 2011.

GOULART JUNIOR, E.; LIPP, M.E.N. Estresse entre professoras do ensino fundamental de escolas públicas estaduais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 847-857, out./dez. 2008.

GUIMARÃES, V.S.A docência universitária e a constituição da identidade profissional do professor. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. S.; CRUZ, A. R. S. (Orgs.). **Docência no ensino superior**: desafios da prática educativa. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 15-29.

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 137 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 24 abr 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde - **PNS 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014.

JONES, J.T.; FURNER, M. Health-promoting schools: a healthy setting for living, learning and working. **World Health Organization**. Geneva, n.4, p. 1-6, 1998.

KOVESS-MASFÉTY, V. et al. Do teachers have more health problems? Results from a French cross-sectional survey. **BMC Public Health**, London, v. 6, n. 101, s/p, 2006.

LALONDE, M. El concepto de campo de la salud. In: **Promocion de la salud: una antología**. Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. Washington. EUA, Publicación científica nº 557, p. 3-5, 1996.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

_____. Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 15-28, 2007.

LEMOS, J.C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. 2005. 137 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LIMA, M.F.E.M.; LIMA-FILHO, D.O. Condições de trabalho e saúde do/a professor/a universitário/a. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 62-82, 2009.

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

LOPES, M.C.R. “Universidade produtiva” e trabalho docente flexibilizado. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 35-48, 2006.

LUZ, M.T. Abordagens teóricas: novas práticas em Saúde Coletiva. In: MINAYO, MCS.; COIMBRA JR, CEA., organizadores. **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005a. 708 p. ISBN 85-7541- 061-X. Available from SciELO Books.

_____. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em saúde no Fim do Século XX. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p.145-176, 2005b.

MACHADO, M.M.T., Oliveira, J.C., Fachine, A.D.L. Acupuntura: Conhecimento e Percepção de Professores Universitários. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, p. 41-49, 2012.

MALTA, D. C., et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014.

MARCELLINO, N.C. **Estudos do lazer: uma introdução**. 5ª ed. Campinas: São Paulo, 2012.

- MARQUEZE, E.C.; MORENO, C.R. de C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 75-82, jan./mar. 2009.
- MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 59-78, 2003.
- MATTA, G.C.; MORENO, A.B. Saúde global: uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, v. 48, n. 18, p. 9-22, 2014.
- MEDEIROS, P.F.; BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N.M.F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 263-269, set/ dez. 2005.
- MEIRA, C.S. **Plantas do axé e sua fundamentação religiosa**: um estudo de caso no terreiro de Umbanda “Caboclo Boiadeiro”, 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Itapetinga, 2013.
- MEIRA, T.R.M. et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 276-282, abr./jun. 2014.
- MEIS, L. et al. The growing competition in Brazilian science: rites of passage, stress and burnout. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, Ribeirão Preto, v. 36, n. 9, p. 1135-1141, 2003.
- MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional, **Interface – Comunicação, saúde, educação**, v.14, n.34, p.683-92, jul./set. 2010.
- MELLO, M.L.; OLIVEIRA, S. S. Relação religião e saúde: possíveis contribuições. In: 27ª Reunião Brasileira de Antropologia, UFPA, 2010, Belém. **Anais eletrônicos...** Belém: UFPA, 2010. Disponível em: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt30/mlbcm.pdf. Acesso em: 19 fevereiro 2017.
- MOLINA, M. del C.B., et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana, **Revista Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p.743-50, 2003.
- MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

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

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

NASCIMENTO, M.C., NOGUEIRA, M.I., LUZ, M. T. **Cadernos de Neurologia e Terapias Complementares** / Journal of Neurology and Complementary Therapies, v. 1, n. 1, p. 13-21, 2º sem. 2012.

NAVOLAR, T.S.; TESSER, C.D.; AZEVEDO, E. Contributions to the construction of Integrative and Complementary Nutrition. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.41, p.515-27, abr./jun. 2012.

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

NIETZSCHE, F.. **Crepúsculo dos ídolos** (ou como filosofar com o martelo). Rio de Janeiro: RELUME DUMARÁ, 2000.

NUNES, A.L.de P.F.; SILVA, M.B. da C. A extensão universitária no ensino superior e a sociedade. **Mal-Estar e Sociedade**, Barbacena, Minas Gerais: EdUEMG, Ano IV, v. 4, n. 7, p. 119-133, julho/dezembro 2011.

OLIVIER, M.; BEHR, R.R. Relações no trabalho e na família: a congruência dos problemas, sentimentos e emoções. In: Congresso Internacional da IARR No Brasil. (2005) Vitória. **Anais...** Vitória: UFES, 2005.

OMS. Constituição (1946). **Constitution of the World Health Organization**. New York, EUA, 1946. Disponível em: <http://goo.gl/I9Tw5>. Acesso em: 24 abr. 2014. 18 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde para a Organização dos Estados Americanos (OEA)**. Washington, p. 1-6, set. 2003. Disponível em: <http://scm.oas.org/pdfs/2004/CP12394p.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

ORIENTAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA PARA A ACTIVIDADE FÍSICA. **Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar**. LISBOA: Jul, 2009. Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/5914220448608-Colgios-Exerccio-e-Sade-Docs-de-Referncia-Orientaes-da-UE-para-a-Actividade-Fsica.pdf>. Acesso em: 06 nov 2016.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

_____. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D.; Freitas CM, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.165-181.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MED BOOK, 2014.

PAIVA, K.C.M. et al. Situação de trabalho, qualidade de vida e estresse no ambiente acadêmico: comparando professores de instituições pública, privada e confessional. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD, 26, 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: Anpad, 2002. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-cor-610.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2015.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; KURCGANT, P. A percepção dos docentes universitários a respeito de sua capacitação para o ensino em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 52-58, abr. 1998.

PEREZ, C.S.; OLIVIER, M.; BEHR, S. da C. F. Dificuldades nas Relações Interpessoais: o retorno de trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento. In: VI ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA ANPAD. Florianópolis, **Anais ...** Florianópolis: SC, 2010. Disponível em: www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo342.pdf. Acesso em: 26 maio 2015

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

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

PONDÉ, M.P. **Lazer e saúde mental**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2007. p. 203.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

REIS, E.J.F.B. et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005.

REIS, E.J.F.B. et al. Docência e exaustão emocional. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 229-253, jan./abr. 2006.

RIBEIRO JR., W.A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o "pai da medicina". **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

RIBEIRO, M.L.; CRUZ, A.R.S. O papel do professor no ensino superior: representações sociais construídas por estudantes de cursos de licenciatura. In: RIBEIRO, M.L.; MARTINS, É. A. S.; CRUZ, A.R.S. (Orgs.). **Docência no ensino superior: desafios da prática educativa**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 109-135.

ROSA, G.J. **Grande sertão: veredas**. Ed Nova Aguilar, 1994. www.blam.com.br. Disponível em: <file:///C:/Users/Angelica/Desktop/GrandeSertoVeredasGuimaresRosa.pdf>. Acesso em: 29 abril 2017. 875 p.

ROSA, T.F.S.B. **O impacto da prática de Yoga sobre o estresse no trabalho docente no curso de pedagogia**. 212 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Vale de Itajaí. Itajaí, 2011.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiæ Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SANTOS, L.A.S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005.

SANTOS, R.L.; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C.; PORTELA, A.S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde, **Revista Brasileira Plantas Médicas**, Botucatu, v.13, n.4, p.486-491, 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SERVILHA, E.A.M.; ARBACH, M. de P. Queixas de saúde em professores universitários e sua relação com fatores de risco presentes na organização do trabalho. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 181-191, ago. 2011.

SEUBERT, F.; VERONESE; L. A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-13-2]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 11 maio 2017.

SILVA, C.C.R. Reflexões sobre o normal e o patológico e a ética da psicanálise. **Psicanálise & Barroco**, v.10, n.2, p. 62-73, dez. 2012.

SILVA, L.B. da; LIMA, I.C.; BASTOS, R.A. Terapias complementares e integrativas: conhecimento e utilização pelos docentes do curso de enfermagem de uma instituição pública. **Revista de Saúde Coletiva**, UEFS, Feira de Santana, v. 5, n. 1, p.40-45, dez. 2015.

SILVA, M.J.P.; BENKO, M.A. O uso das terapias alternativas por enfermeiros docentes, **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 3, p. 457-468, jul./set.1998.

SILVÉRIO, M.R. et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p. 65-73, jan./mar. 2010.

SIROIS, F.M., SALAMONSEN, A., KRISTOFFERSEN, A.E. Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: a consumer commitment model. **BMC Complementary and Alternative Medicine BMC**, v. 16, n. 1, p.1-9, 2016. Published online 2016 Feb 24. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765033/?tool=pubmed>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SMEKE, Elisabete L.M. Aspectos histórico-teóricos das relações saúde-sociedade. **Revista de Ciências Médicas**, PUCCAMP, Campinas, v.1, n. 2, p. 58-62, mai./ago. 1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 05-64, jan./mar. 2010.

STRACK, R.; LOGUÉRCIO, R.; DEL PINO, J.C. Percepções de professores de ensino superior sobre a literatura de divulgação científica. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 15, n. 2, p. 425-442, 2009.

SUDA, E.Y. et al. Relação entre nível geral de saúde, dor musculoesquelética e síndrome de burnout em professores universitários. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 270-274, jul./set. 2011.

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

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: **Promoción de la salud**: una antología. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington. EUA, Publicación científica nº 557, p. 37- 44, 1996.

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

APÊNDICES

APÊNCICE A – Roteiro de entrevista semiestruturado



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE HUMANIDADES, ARTES E CIÊNCIAS
 Programa de Pós-graduação Estudos Interdisciplinares sobre a
Universidade

Rua Barão de Jeremoabo, s/n, Ondina – CEP 40.170-115, Salvador, Bahia |
 (71) 3283-6786 |

eisu@ufba.br | www.eisu.ihac.ufba.br



PESQUISA: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE E DOENÇA

Caro(a) Professor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da uma pesquisa sobre **CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE E DOENÇA ENTRE DOCENTES DA ÁREA DE SAÚDE**. O sigilo será preservado. Os resultados serão apresentados aos participantes da pesquisa e auxiliarão a compreender as concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas ao processo de saúde e doença, assim como as discussões que permeiam o currículo em saúde. Agradecemos a sua colaboração.

I. Dados Sociodemográficos

1. Idade:	2. Estado Civil:	3. Religião:			
4. () Feminino () Masculino () Outro _____					
5. Cidade de nascimento:			6. Curso em que leciona:		
7. Cor autodeclarada:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
8. Instituição(ões) em que leciona			Pública	Privada	Ambas
9. Pós-graduação:	Especialista		Mestre	Doutor	Pós-Doutor

II. Questionário

10. O que é saúde para você?

11. Você se sente saudável?	Sim	Não

12. Cite 5 palavras que você mais associa a saúde:

13. Das palavras citadas, selecione a que você considera a mais importante:

14. Que práticas você considera importantes para manter a saúde?

15. Quais dessas práticas você realiza para manter a sua saúde?

16. O que é doença para você?

17. Você se sente doente?	Sim	Não

18. Cite 5 palavras que você mais associa a doença:

19. Das palavras citadas, selecione a que você considera a mais importante

20. Que práticas você considera importantes para prevenir doenças?

21. Quais dessas práticas você já realizou para prevenir doenças?

22. O que você faz quando está doente?		
Vai ao médico?	Sim	Não
Procura outros profissionais de saúde?		
Quais recorre/recorreu?		
Pratica automedicação?		
Realiza tratamentos alternativos?		
Quais?		
Outras práticas?		

23. Em geral, faz uso de medicamento(s)?		Sim	Não	
Com prescrição médica	Sempre	Às vezes	Nunca	
Sem prescrição médica	Sempre	Às vezes	Nunca	
24. Possui alguma doença crônica?		Sim	Não	
25. Sobre a sua alimentação assinale os seus hábitos		SIM	ÀS VEZES	NÃO
Tem acompanhamento nutricional				
Ingere mais de 2L 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 hábitos:				

					Sim	Não
26. Você pratica atividade física?						
26.1 Você pratica atividade física com orientação profissional?						
26.2 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	
26.3 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	
27. Qual(is) são as práticas integrativas/complementares e/ou religiosas que você utiliza ou já utilizou ao longo da sua vida? *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:						

28. Você considera que a sua prática profissional provoca algum impacto na sua saúde?		Sim	Não
28.1. Se sim, quais?			

29. Que fatores (aspectos) você considera que podem provocar tais impactos?

Responda a questão abaixo de acordo com sua prática acadêmica.

30. Como você relaciona / aplica as suas concepções de saúde e doença com a sua prática de ensino, pesquisa e/ou extensão?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**INFORMAÇÕES AOS COLABORADORES E TCLE**

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

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

A pesquisadora responsável por esta pesquisa é Maria Thereza Ávila Dantas 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

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30906414.0.0000.5531

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 741.187

Data da Relatoria: 13/08/2014

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

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

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 741.187

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

BENEFICIOS

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 741.187

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Agosto de 2014

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinado por:

P/ **KARINA ARAUJO PINTO**
(Coordenador)

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

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – Print do comprovante de submissão do Artigo 1 – FAEEBA- Educação e contemporaneidade

ANGÉLICA MARIA MENDES ABREU,

Agradecemos a submissão do trabalho "CONCEPÇÕES DE PROFESSORAS/ES UNIVERSITÁRIAS/OS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA" para a revista Revista da FAEEBA- Educação e Contemporaneidade.

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

URL da submissão:

<http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/author/submission/2327>

Login: angelicam

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

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

Livia Alessandra Fialho Costa
Revista da FAEEBA- Educação e Contemporaneidade
refaeeba.dedc1@listas.uneb.br

Revista da FAEEBA
<http://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba>

ANEXO C – Print do comprovante de publicação da Revista Brasileira de Pós-Graduação

Prezados(a) professores(a),

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

É com grande satisfação que comunicamos que a Revista Brasileira de Pós-Graduação (RBPG Nº 31), encontra-se em processo gráfico e para agilizar as atividades da CAPES na montagem da mala direta, **solicitamos informar o seu endereço postal** completo para recebimento dos cinco exemplares a que tem direito como autor(a) do artigo: **Percepção de professores universitários sobre as repercussões do seu trabalho na própria saúde.**

Aproveitamos a oportunidade para agradecer a contribuição com o artigo que com certeza veio a enriquecer a nossa Revista.

Atenciosamente e aguardamos retorno.

Equipe da RBPG



Astrogildo Brasil dos Santos Chefe da Divisão de Tratamento da
brasil@capes.gov.br Informação
2022-8815 DGES>CGLOG>CGD>DTRAT

Setor Bancário Norte, Quadra 2, Bloco L, Lote 06, CEP 70040-020 - Brasília, DF