



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

FRANCILENE BATISTA MADEIRA

***HABITUS, ESTILO DE VIDA E SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS DE
CURSOS DA SAÚDE***

BRASÍLIA

2018

FRANCILENE BATISTA MADEIRA

***HABITUS, ESTILO DE VIDA E SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS DE
CURSOS DA SAÚDE***

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação Física como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Educação Física.

Linha de pesquisa: Estudos sociais e pedagógicos da Educação Física, esporte e lazer.

Tema de pesquisa: Educação Física e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Júlia Aparecida Devidé Nogueira

BRASÍLIA

201

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Mh Madeira, Francilene Batista
 Habitús, estilo de vida e saúde em universitários de
 cursos da saúde / Francilene Batista Madeira; orientador
 Júlia Aparecida Devidé Nogueira. -- Brasília, 2018.
 186 p.

 Tese (Doutorado - Doutorado em Educação Física) --
 Universidade de Brasília, 2018.

 1. Estilo de Vida Saudável. 2. Promoção da Saúde. 3.
 Estudantes de Ciências da Saúde. 4. Ciências Humanas e
 Sociais em Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. I. Nogueira,
 Júlia Aparecida Devidé, orient. II. Título.

FRANCILENE BATISTA MADEIRA

***HABITUS, ESTILO DE VIDA E SAÚDE EM UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA
SAÚDE***

Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Educação Física.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira (PPGEF/FEF/UnB)
(Presidente)

Prof. Dra. Dulce Maria Filgueira de Almeida (PPGEF/FEF/UnB)
(Membro Efetivo)

Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo (NESC/UFG)
(Membro Efetivo Externo)

Prof^a Dr^a Claudia Mara Pedrosa (Departamento de Saúde Coletiva -FS/UnB)
(Membro Efetivo)

Dr. Guilherme Eckhardt Molina (PPGEF/FEF/UnB)
(Membro Suplente)

Brasília

2018

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a minha tia Vitorina Batista (In Memmorian), minha mãe do coração, que apesar das determinações sociais de nossas vidas, contribuiu para que eu incorporasse o *habitus* do estudo e o prazer pela busca do conhecimento.

Ao meu filho Alonso Júnior e meu neto Arthur Daniel. Meus amores, minha vida!

UM AGRADECIMENTO ESPECIAL PARA UMA PESSOA ESPECIAL!

Ao meu amor Otacílio Almeida, agradeço por ter dividido comigo todos os momentos dessa longa jornada. Deus foi generoso comigo, Ele conhece as minhas fraquezas e enviou você, para juntos seguirmos pela vida. Só o amor explica! Juntos vivenciamos as aflições, choros, alegrias, as viagens para os congressos – um vendaval de emoções que perpassa a vida de uma estudante de doutorado. Você me apoiou em tudo!

Enfim, chegamos ao desfecho dessa jornada. Eu e você – nós! Graças a Deus, não corroboramos os dados estatísticos; ao contrário, essa caminhada nos uniu ainda mais. Nosso amor se fortalecendo a cada dia. Fomos parceiros, mesmo a distância. Teresina e Brasília, cenários de um final feliz! Um amor e uma tese – quem disse que é impossível? Nós desejamos, Deus abençoou e o universo conspirou a nosso favor. Obrigada, meu Deus, por tamanha dádiva. Obrigada, Otacílio, por ser meu parceiro nessa caminhada! Nosso amor venceu essa batalha!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me permitido realizar esse sonho, por ter me dado saúde, coragem e determinação para enfrentar todos os desafios. Por ter me apresentado situações de aprendizado para além do âmbito acadêmico, que levarei para toda uma existência.

Aos meus avós e tios que me criaram como filha do coração, Benedito, Henriqueta, Vitorina e Francisco (*in memoriam*), pelos valores de humildade, respeito, amor ao próximo e busca constante de uma força maior que auxiliam na minha construção como pessoa no mundo.

Ao meu filho Alonso Júnior, minha nora Larissa, meu netinho Arthur Daniel, presentes de Deus, por terem contribuído com a paz, o carinho, o amor e a segurança que eu precisava para seguir essa jornada. Eu amo vocês, meus amores!

À minha mãe Maria da Luz e irmãos, agradeço pela partilha da vida, pelos exemplos de vida e a torcida pelo sucesso dessa jornada.

À minha orientadora Júlia Nogueira, pela troca, crescimento acadêmico, profissional e pessoal, e por todos os desafios lançados ao longo desses quatro anos. Você foi inspiração nesse processo de (trans)formação crítico social. Obrigada pelo acolhimento e paciência!

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEF) da UnB, por todas as oportunidades de trocas de saberes e vivências compartilhadas.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Educação Física e Saúde Coletiva da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (Andrea Leite, Felipe Saul, Jorge Almeida, Lívia e Fernando), pelo compartilhamento de saberes e experiências vivenciadas na coletividade.

Aos colegas do Grupo de Estudos Equidade e Promoção da Saúde, pelos dias de aprendizado e compartilhamento de saberes e experiências de vida.

Aos diretores, coordenadores e professores das Faculdade de Educação Física, Faculdade de Ciências da Saúde e Faculdade de Medicina, por sua colaboração como coparticipantes desta pesquisa e auxílio no processo de coleta de dados.

À professora Dais Rocha, por seu acolhimento, carinho, sua palavra amiga nos momentos de dificuldades e colaboração na coleta de dados.

À professora Dulce Almeida, por sua amizade, disponibilidade, gentileza e por contribuir com minha formação acadêmica.

Ao Rafael Ferreira, por sua preciosa contribuição na coleta de dados e pelos momentos de aprendizado mútuo na experiência de coorientação de iniciação científica.

À Patrícia Akemi, Kettyplin Sanches e Valderes Gouveia, por suas valiosas contribuições nas análises estatísticas, pela partilha de experiências na condução de grupos focais e pela colaboração no processo de revisão e adequação às normas cultas da língua portuguesa.

À querida Denise, pela amizade consolidada. Quando o mundo parecia prestes a desabar, você segurou a minha mão. Foi um harmonioso encontro de irmandade e aprendizado mútuo.

À Geane, Letícia, Ana Amélia, Alisson e Iraneide e Wagner pelos laços de amizade e companheirismo. Gratidão por terem contribuído para que eu tivesse dias felizes em Brasília!

Aos meus queridos (as) Osvaldo e Ariza (Viza e Vizo), que me acolherem com todo carinho, que alegraram meus dias em Brasília. Serei grata eternamente a vocês, querido casal!

À minha prima Mary Ferreira e sua família, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, por ser a minha família e o meu aconchego.

Às amigas queridas, de tão longa data, Débora, Márcia e Patrícia, que estiveram presentes durante toda essa caminhada. Amizade que se renova a cada dia!

À Universidade Estadual do Piauí (UESPI), por me permitir o afastamento e o tempo integral de dedicação a esse projeto e pelo incentivo a qualificação profissional dos docentes desta IES.

À Fundação de Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI), pelo apoio financeiro da bolsa de doutorado, por contribuir para a minha formação profissional.

À FINATEC, pela concessão das bolsas de apoio à coleta de dados.

À Universidade de Brasília (UnB), pela valiosa contribuição na minha formação profissional e pelas enriquecedoras experiências vivenciadas no contexto acadêmico.

Aos funcionários da FEF/UnB pelo acolhimento e pelos serviços prestados durante o decorrer dessa jornada.

Aos membros da banca de defesa, a Prof.^a Dra. Dulce Filgueira, Prof.^a Dra. Vânia Marcelo, Prof.^a Dra. Claudia Pedrosa e o Prof. Dr. Guilherme Molina, pelas contribuições para o aprimoramento e validação deste trabalho.

Finalmente, gostaria de agradecer aos estudantes que participaram da pesquisa, em muitos casos, disponibilizando o tempo precioso de suas atividades acadêmicas. Espero que o nosso olhar possa contribuir para mudanças na lógica de enxergar as suas práticas sociais de saúde. Aprendi muito com essa enriquecedora experiência!

Tocando em frente

“Ando devagar, porque já tive pressa
Levo esse sorriso, porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe?
Só levo a certeza de que muito pouco eu sei,
Ou nada sei.

Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir.

Penso que cumprir a vida seja simplesmente
Compreender a marcha e ir tocando em frente,
Como um velho boiadeiro levando a boiada
Eu vou tocando os dias pela longa estrada eu vou,
Estrada eu sou.

Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir.”

(Almir Sater)

MADEIRA, Francilene Batista. *Habitus*, estilo de vida e saúde em universitários de cursos da saúde. Tese (Doutorado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília, 2018. 186p.

RESUMO

Na sociedade contemporânea, discussões sobre estilos de vida (EV) são frequentes no âmbito da saúde. Conhecer e entender aspectos relacionados aos EV de estudantes universitários de cursos da saúde se torna relevante não só pela perspectiva dos comportamentos em si, por se tratar de uma fase da vida com ganho de autonomia e poder de decisão sobre os modos de vida, mas também por aspectos de determinação social e de visão de mundo presentes durante o processo de formação universitária. A visão sobre o fenômeno do EV e os padrões de comportamento desenvolvidos nessa fase tendem a permanecer por toda a vida desses futuros profissionais promotores de saúde. O presente estudo teve como objetivo refletir sobre os EV e saúde e fatores associados no contexto universitário, com base na percepção dos estudantes da área da saúde de uma universidade pública brasileira. A pesquisa triangulou dados obtidos a partir de métodos mistos, articulando a abordagem quantitativa e qualitativa. A população estudada foram os estudantes matriculados em sete cursos de graduação presencial em saúde da Universidade de Brasília, a saber: Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Saúde Coletiva e Educação Física, bacharelado e licenciatura. A abordagem quantitativa foi exploratória e descritiva, com coleta de dados sociodemográficos e do EV, a partir do questionário EV Fantástico. Frequências e medidas de tendência central foram apresentadas e os comportamentos foram analisados por meio de *clusters* para identificar padrões de agrupamentos. A abordagem qualitativa foi explicativa e consistiu na realização de grupos focais em três cursos (Saúde Coletiva, Nutrição e Educação Física), com posterior análise de conteúdo temática. O EV global dos estudantes dos cursos de saúde foi classificado como bom, sem diferença significativa por sexo. Os domínios com maior inadequação foram: atividade física, nutrição, tipo de comportamento, introspecção e sono; com diferenças significativas por sexo. Mulheres apresentaram melhores escores nos domínios: família e amigos, álcool, fumo e drogas. Homens foram melhores nos domínios: atividade física, sono, cinto de segurança, estresse, sexo seguro e introspecção. A análise de cluster revelou a existência de três agrupamentos de comportamentos: o de EV “muito bom”, formado pela maioria (47,8%) dos estudantes com comportamentos saudáveis; o de EV “bom”, com 39,3% dos estudantes e moldado por inadequação dos comportamentos da atividade física, introspecção e comportamento; e o EV “regular”, com 12,9% de universitários e moldado pela inadequação dos domínios atividade física, nutrição, tipo de comportamento e consumo de drogas. Os agrupamentos diferiram significativamente por sexo, local de moradia, escolaridade dos pais, classe econômica e forma de deslocamento para a universidade. O estudo qualitativo destacou três categorias: o significado de EV saudável, onde emerge além do paradigma individual de EV, a percepção de sua construção social e subjetiva; os determinantes, barreiras e facilitadores desse EV, onde aparecem fatores sociodemográficos e características intrínsecas ao sistema universitário; e a relação paradoxal entre ser estudante da saúde e ser saudável, onde se destaca a tensão entre o saber e o fazer no contexto universitário. A triangulação de métodos aponta convergências e similaridades entre os resultados qualitativos e quantitativos que sugerem a

existência do que poderíamos denominar de *habitus* universitário, um conjunto de comportamentos caracterizados pela inadequação dos domínios da atividade física, nutrição, tipo de comportamento, introspecção e sono que, juntos, favorecem o sofrimento e adoecimento, em especial o mental, dos universitários. Tais resultados fornecem elementos para as análises sobre as relações entre conhecimento, estruturas e processos de formação e as práticas em saúde na universidade.

Palavras-chave: Estudantes de Ciências da Saúde; Ciências Humanas e Sociais em Saúde; Estilo de Vida Saudável; Pesquisa Qualitativa; Promoção da Saúde.

MADEIRA, Francilene Batista. *Habitus, lifestyles and health in university students from health courses*. Thesis (Doctoral Degree in Physical Education) - Graduate Program in Physical Education, University of Brasilia, Brasília, 2018. 186p.

ABSTRACT

In contemporary society, discussions about lifestyles (LS) are quite frequent in health field. To know and understand aspects related to LS of students in university health courses is relevant not only at the perspective of behaviors themselves, as a lifecycle with gain of autonomy and decision-making power over the LS, but also by the university social determinants and empirical views presented during formation. LS and behavior patterns developed during youth tend to remain throughout life of these future health promoting professionals. The study aims to reflect on LS and health and associated factors in the university context, based on students' perception from the health area in a Brazilian public university. The research triangulated data obtained by mixed methods, articulating the quantitative and qualitative approach. The population studied were students enrolled in seven undergraduate health courses at the University of Brasília, namely: Medicine, Nursing, Nutrition, Pharmacy, Dentistry, Public Health and Physical Education, baccalaureate and bachelor's degrees. The quantitative approach was exploratory and descriptive, with the collection of sociodemographic and, for LS data, the Fantastic LS Questionnaire was used. Frequencies and measures of central tendency were presented and the behaviors analyzed through clusters in order to identify patterns. The qualitative approach was explanatory and consisted in the realization of focus groups in three courses (Collective Health, Nutrition and Physical Education), with a thematic content analysis. The overall students' LS was classified as good, with no significant difference by gender. The domains with the greatest inadequacy were: physical activity, nutrition, behavior type, introspection and sleep, with significant differences by sex. Women presented better scores in the domains: family and friends, alcohol, smoking and drugs. Men did better in: physical activity, sleep, seatbelts, stress, safe sex, and introspection. The cluster analysis revealed the existence of three behaviors groups: the "very good" LS, formed by the majority (47.8%) of students with healthy behaviors; the "good" LS, with 39.3% of the students, and shaped by inadequacy of physical activity, introspection and behavior type; and "regular" LS, with 12.9% of university students, shaped by inadequacy of physical activity, nutrition, behavior type and drug use. The groups differed significantly by sex, place of residence, parental schooling, economic class and form of travel to the university. The qualitative study highlighted three categories: the meaning of healthy LS, where the perception of its social and subjective construction emerges, in addition to the individual LS paradigm; the determinants, barriers and facilitators of this LS, where sociodemographic factors and characteristics intrinsic to the university system appear; and the paradoxical relationship between being a health student and being healthy, where tension between knowing and acting in the university context is highlighted. The triangulation method shows convergences and similarities between the qualitative and quantitative results, suggesting the existence of what we might call "university habitus" - a set of behaviors characterized by the inadequacy of physical activity, nutrition, introspection and sleep domains. Together, they favor suffering and sickness, especially mental,

of university students. These results provide elements for further analysis of relationships between knowledge, structures, education processes and health practices in the university.

Keywords: Students Health Occupations; Social Sciences; Health lifestyle; Qualitative Research; Health Promotion.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANDIFES	Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DF	Distrito Federal
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EV	Estilo de Vida
FEF	Faculdade de Educação Física
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
FM	Faculdade de Medicina
FONAPRACE	Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assunto Comunitários e Estudantis
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
GFEF	Grupo Focal Educação Física
GFNUT	Grupo Focal Nutrição
GFSC	Grupo Focal Saúde Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PNAES	Plano Nacional de Assistência Estudantil
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
SUS	Sistema Único de Saúde
UPS	Universidades Promotoras de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1 Os Determinantes Sociais da Saúde: modelo de Dahgren e Whitehead---	31
Figura 2 O Distrito Federal e suas 31 Regiões Administrativas-----	62
Figura 3 O Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília-----	65
Figura 4 A área central da Universidade de Brasília e a Faculdade de Educação Física -----	68
Figura 5 Modelo esquemático da população e das etapas do estudo-----	70
Figura 6 Box-Plot do escore global do estilo de vida de 626 estudantes dos cursos da saúde da Universidade de Brasília, 2017-----	84
Figura 7 Disposição visual dos três agrupamentos (G) a partir dos componentes do Estilo de vida de estudantes dos cursos da saúde, Universidade de Brasília, 2017-----	87

LISTA DE QUADROS

	Página
Quadro 1 Características amostrais e metodológicas dos artigo-----	56
Quadro 2 Principais objetivos e resultados dos artigos-----	57
Quadro 3 - Síntese dos aspectos metodológicos do estudo-----	73
Quadro 4 População e amostra do estudo. Cursos da Saúde, Universidade de Brasília, 2016-----	74
Quadro 5 O acróstico para os nove domínios do Questionário Estilo de Vida Fantástico-----	76

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela 1	83
<p>Frequência relativa das características sociodemográficas dos estudantes dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017-----</p>	
Tabela 2	85
<p>Descrição em média e desvio padrão dos domínios do estilo de vida por amostra total e por sexo. Universidade de Brasília, 2017-----</p>	
Tabela 3	86
<p>Frequência de respostas que não atendem aos critérios de saúde ^a em cada item do questionário estilo de vida fantástico a partir de 626 estudantes dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017-----</p>	
Tabela 4	89
<p>Pontuação do estilo de vida global, em cada domínio e em cada questão, por agrupamentos de estudantes (n=626) dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017-----</p>	
Tabela 5	91
<p>Características sociodemográficas e da vida acadêmica separados nos três agrupamentos identificados em estudantes dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017-----</p>	

SUMÁRIO

	Página
1 INTRODUÇÃO -----	19
1.1 Objetivo geral-----	23
1.2 Objetivos específicos-----	23
2 O REFERENCIAL TEÓRICO -----	24
2.1 Os discursos contemporâneos em saúde e o paradigma do risco-----	24
2.1.1 A determinação social da saúde, a promoção da saúde e a epidemiologia crítica	28
2.2 Histórico das concepções de estilo de vida no campo teórico da saúde-----	33
2.2.1 <i>Habitus</i> : uma abordagem complexa para a compreensão do estilo de vida-----	37
2.3 O jovem estudante e os desafios da vivência no contexto universitário-----	42
2.4 A universidade como ambiente promotor de saúde-----	43
2.4.1 A educação superior e a formação em saúde-----	46
3. DADOS EMPÍRICOS SOBRE O ESTILO DE VIDA E SAÚDE DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE SAÚDE-----	51
4 O CENÁRIO E OS ATORES DA PESQUISA -----	58
4.1 Contextualizando o estudante universitário brasileiro-----	58
4.2 O contexto da universidade de Brasília (UnB) -----	61
4.2.1 A Faculdade de Ciências da Saúde-----	65
4.2.2 A Faculdade de Medicina-----	66
4.2.3 A Faculdade de Educação Física-----	67
5 A METODOLOGIA -----	70
5.1 Aproximação e aprofundamento no tema -----	71
5.2 A imersão no contexto -----	71
5.3 A triangulação metodológica-----	72
5.4 A abordagem quantitativa-----	74
5.4.1 População e amostra do estudo-----	74
5.4.2 Instrumentos-----	75
5.4.3 A análise dos dados-----	76
5.5 A abordagem qualitativa-----	77
5.6 Considerações éticas -----	80
6 RESULTADOS-----	82
6.1 Resultados da abordagem quantitativa-----	82
6.1.1 Características demográficas e socioeconômicas dos participantes-----	82
6.1.2 O estilo de vida da amostra total e por sexo-----	84
6.1.3 Agrupando os comportamentos do estilo de vida-----	87
6.2 Resultados da abordagem qualitativa-----	92
7 DISCUSSÃO-----	102
7.1 Conhecendo os estudantes dos cursos de saúde: perfil sociodemográfico, estilos de vida e padrões comportamento-----	102
7.1.1 Descrevendo os estilos de vida e seus domínios-----	106
7.1.2 Os agrupamentos do estilo de vida-----	113

7.2	Determinantes de estilos de vida saudáveis na vivência universitária-----	115
7.3	Sofrimento e adoecimento no contexto universitário-----	120
7.4	Paradoxos nos significados de estilo de vida e saúde na formação e nas vivências universitárias-----	123
7.5	A construção de uma UnB promotora da saúde-----	127
8	LIMITAÇÕES E AVANÇOS DA PESQUISA-----	132
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	135
	REFERÊNCIAS -----	138
	APÊNDICE A - Artigo expandido publicado -----	153
	APÊNDICE B - Artigo publicado-----	159
	APÊNDICE C - Termo de concordância da instituição proponente -----	168
	APÊNDICE D - Termo de concordância da instituição coparticipante-----	169
	APÊNDICE E - Termo de concordância da instituição coparticipante-----	170
	APÊNDICE F - Carta de apresentação da pesquisa-----	171
	APÊNDICE G - Modelo convite grupos focais-----	172
	APÊNDICE H - Sala de reunião da Faculdade de Ciências da Saúde-----	173
	APÊNDICE I- Roteiro grupo focal-----	174
	APÊNDICE J - Termo de consentimento livre e esclarecido I-----	175
	APÊNDICE L - Termo de consentimento livre e esclarecido II-----	177
	APÊNDICE M - Termo de autorização para utilização do som de voz-----	179
	ANEXO I - Carta de aceite do comitê de ética -----	180
	ANEXO II - Questionário socioeconômico-----	181
	ANEXO III - Questionário Estilo de Vida Fantástico -----	183

1 INTRODUÇÃO

“Compreender é primeiro compreender o campo com o qual e contra o qual cada um se fez” (BOURDIEU, 2004).

A saúde é um constructo imprescindível para a coesão social, sendo elementar para a efetivação de uma vida digna. Em termos sociais é um direito fundamental, essencial para a consecução de outros direitos e, como tal, deve ser garantido a todas as pessoas (UNITED NATIONS, 2016; BRASIL, 1988). A saúde humana decorre da interação dos seres com seu meio, aspecto evidenciado por meio do conceito de determinação social da saúde bastante adotado pelo campo da saúde coletiva (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; MARMOT, 2005).

Diversas agendas políticas contemporâneas, em especial no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2006; 2015; DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; UN, 2016; WHO, 2015), passam a discutir a situação de saúde das populações em suas relações com os comportamentos ou estilos de vida (EV) adotados e com suas determinações sociais. De fato, não é possível promover saúde sem a opção por EV saudáveis (COCKERHAM, 2014). Ainda assim, é preciso considerar que a fundamentação teórica hegemônica no campo da saúde concebe EV como um conjunto de comportamentos modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada sujeito (COCKERHAM, 2005; GÓMEZ, 2014). De maneira geral, não consideram o EV como constructo derivado de processos dialógicos e históricos, excluindo-se das análises os modos de subjetivação dos quais derivam os diversos EV, assim como os processos de globalização e homogeneização de comportamentos, cada vez mais presentes na hipermodernidade (COCKERHAM, 2011; FROHLICH; CORIN; POTVIN, 2001).

Essa forma vigente de pensar o EV acompanha a abordagem do risco e a normatização dos comportamentos considerados saudáveis, ao favorecer uma regulação social que, no nível das práticas cotidianas, responsabiliza sujeitos e populações por seus problemas de saúde (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Desconsideram que os EV, na condição de práticas sociais¹, são determinados pelas escolhas disponíveis para as pessoas conforme suas condições de vida, de meio ambiente e as políticas públicas (COCKERHAM; RÜTTEN; ABEL, 1997; MARMOT, 2005; FROHLICH; CORIN; POTVIN, 2001).

Não obstante, muitas publicações reconhecem expressamente os efeitos possivelmente exercidos pelo contexto social sobre o comportamento humano (COCKERHAM, 2005;

¹ Frohlich, Corin, Potvin (2001) sugeriram que o termo “comportamentos”, utilizado nos discursos do EV biomédico também pode ser entendido como práticas sociais, práticas mediadas pelas ações sociais.

FERREIRA et al., 2017; MENÉNDEZ, 1998b). Críticas a essa abordagem individual de EV decorrem, portanto, do fato de não se adotar um olhar complexo sobre o tema, levando em conta aspectos sociais como o modelo econômico e a cultura, incidentes na construção coletiva das práticas (COCKERHAM, 2005; FERREIRA et al., 2017; FROHLICH; CORIN; POTVIN, 2001).

Com vistas a superar tais limitações, abordagens contra-hegemônicas – como a da promoção da saúde – evidenciam os fatores econômicos, políticos, ambientais e culturais como determinantes ou condicionantes dos processos de adoecimento; ajudam a superar o discurso da culpabilidade individual; apontam o papel social do indivíduo na construção de sua realidade cotidiana; e destacam o poder de coletividades empoderadas na construção de EV saudáveis (CZERESNIA, 2009; HEIDMANN et al., 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986). Os comportamentos do EV relacionado à saúde podem, assim, ser condicionados pelas desigualdades sociais subjacentes aos grupos populacionais (MARMOT, 2005; FROHLICH; CORIN; POTVIN, 2001)

Nessa concepção ampliada de EV também nos aproximamos do conceito de *habitus*, de Pierre Bourdieu (2011), cujo extenso trabalho tem sido reconhecido como contribuição relevante no estudo das expressões socialmente incorporadas de práticas individuais (COCKERHAM, 2005; GOLIN; MATO, 2016; MONTAGNER, 2006; SETTON, 2004). Ancorado em reflexões teóricas da relação conflituosa entre estrutura e agência, e entre estruturas sociais externas e experiências subjetivas, seus estudos nos ajudam a desnaturalizar conceitos e compreender o EV como produto do *habitus*, colaborando para identificar e questionar as ideologias imbricadas nos modos de viver das pessoas (BOURDIEU, 2011).

Tais considerações apresentam implicações nas concepções de saúde que orientam, não apenas as produções intelectuais, mas formações e práticas em saúde (CZERESNIA, 2012). Sendo o EV um fenômeno sujeito a normatizações saudáveis, objeto das práxis de diversas profissões da área de saúde, torna-se relevante enfatizar as subjetividades e as transformações das condições de vida como centrais nos processos de promoção da saúde, favorecendo a superação dos discursos normativos e culpabilizantes de mudanças de hábitos, considerados de forma reduzida e redutora (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2012; GÓMEZ, 2014).

Alguns ideários da promoção da saúde, como a criação de ambientes facilitadores de escolhas saudáveis (WHO, 1986), que favorecem a construção de uma cultura saudável onde as pessoas possam aprender, viver, trabalhar e cuidar de sua saúde e bem-estar assumem papel central nessas discussões – em particular nas universidades, onde os fenômenos complexos como a saúde e o EV precisam ser compreendidos com base na relação entre as demandas

inerentes ao ensino superior e os aspectos sociais, econômicos e pessoais (TSOUROS, 1998; HOLT et al., 2015).

O movimento das Universidades Promotoras de Saúde (UPS) é um exemplo de abordagem segundo a qual a missão da universidade vai além da formação acadêmica e profissional, onde a preocupação com EV e a saúde dos universitários é prioridade (HOLT et al., 2015; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2009; TSOUROS et al., 1998). Trata-se de olhar os comportamentos de saúde dos estudantes como forma de identificar o princípio gerador que explique um possível padrão de comportamentos (BOURDIEU, 2011).

É importante considerar que a transição para a universidade engloba novas experiências e responsabilidades, adaptação às rotinas acadêmicas e outros aspectos relacionados a moradia, a alimentação, a gestão de finanças e pressão por rendimento acadêmico, os quais podem gerar estresses para os jovens estudantes (ALMEIDA; SOARES, 2003); a multiculturalização do conteúdo ofertado e o consumo de massa, originados na globalização e na massificação das novas tecnologias tem impactado o EV na contemporaneidade (COCHERMAN, 2011); e vale considerar ainda que a maioria dos universitários são jovens de 18 a 24 anos (ANDIFES; FONAPRACE, 2016), e essa etapa da vida é importante para o desenvolvimento da autonomia, da competência e da formação da identidade (SCHLEICH, 2006).

Os EV dos estudantes universitários assumem características muito próprias, pois, com o ingresso na universidade, aumenta seu poder de decisão e autonomia nas escolhas sobre os seus modos de vida² (ALMEIDA; SOARES, 2004). No caso dos cursos superiores da grande área da saúde, seria desejável que o profissional em formação fosse capaz de adotar atitudes e valores favoráveis à promoção da saúde individual e coletiva (HADDAD et al., 2008).

No entanto, estudos nacionais (BARBOSA et al., 2015; PACHECO et al., 2017) e internacionais (NACAR et al., 2014; REYNAGA-ORNELAS et al., 2015) apontam condutas negativas, a exemplo de sedentarismo, ansiedade, depressão e consumo excessivo de álcool e estresse como problemas cada vez mais prevalentes nessa população. Vários indicadores de uma UPS têm sido apontados pelos estudantes: as instalações físicas, o meio ambiente, o currículo e o acesso a alimentos com preços razoáveis e instalações para exercícios físicos

² Expressão “modos de viver”, utilizado no glossário temático da promoção da saúde tem o seguinte significado: “Formas como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses, condicionados por fatores sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros” (BRASIL, 2012, p.25).

saudáveis (HOLT et al., 2015).

Pensar o EV dos estudantes na perspectiva do *habitus* e da promoção da saúde significa reconhecer a possibilidade de suas escolhas serem influenciadas por um EV comum a uma coletividade, seja pela classe social, faixa etária, sexo e/ou condições de vida favoráveis ao agir de maneiras previsíveis e habituais mesmo que os indivíduos tenham outras chances de escolha (BORDIEU, 2015; COCHERMAN, 2005).

Reconhecendo a limitação dos modelos de análise de comportamentos individuais empregados em grande parte de estudos sobre EV (BARBOSA et al., 2015; CASTRO et al., 2017), trabalhos recentes têm utilizado a técnica de análise de agrupamentos (*clusters*). A técnica ajuda a enxergar as estruturas latentes nos grupos de indivíduos (HAIR JÚNIOR et al., 2009), favorecendo a compreensão de como os comportamentos de risco se agrupam, haja vista que múltiplos comportamentos podem estar agregados, tais como o hábito de fumar e consumir drogas (MURPHY *et al.*, 2017) e depressão e ansiedade (YE et al., 2016). Esses comportamentos passam então a representar rotinas pessoais que se fundem em uma forma agregada e representativa de grupos e classes específicas –denominados *habitus* por Bourdieu (2015).

No âmbito dessa complexa rede de significados, o EV e a saúde dos estudantes universitários, em especial dos alunos dos cursos da área da saúde, conformam uma questão emergente a ser compreendida segundo suas demandas e o atual retrato das universidades públicas federais brasileiras que se tornaram mais populares, femininas e negras (ANDIFES; FONAPRACE, 2016).

Nesse contexto amplo e complexo de interrelações que envolvem as conexões entre o EV e os processos de saúde e adoecimento, interessa refletir sobre as questões ligadas aos modos de vida dos estudantes dos cursos de saúde em sua vivência universitária. O propósito é compreender mais profundamente o quanto as decisões tomadas por eles no que se refere às escolhas das práticas sociais de saúde são de caráter individual e/ou são moldadas por variáveis estruturais. Trata-se, então, de olhar os comportamentos de saúde dos estudantes como forma de identificar o princípio gerador que explica o possível padrão de comportamentos (BOURDIEU, 2011).

Acreditamos que, ao explorar essa temática, é possível trazer dados relevantes para reflexões sobre o EV e a saúde dessa população, considerando as demandas do novo cenário das Instituição de Ensino Superior (IES) públicas federais. Sua relevância está na possibilidade de problematizar os modos de vida dos universitários, o entendimento sobre o significado de suas práticas cotidianas e de questionar as ideologias e as estruturas imbricadas em suas

escolhas de práticas sociais e profissionais em saúde. E ainda, da possibilidade de contribuições que possam auxiliar o planejamento de ações de promoção de saúde nas universidades.

1.1 Objetivo Geral

Analisar os estilos de vida dos estudantes universitários, considerando a promoção da saúde e a conformação de seus *habitus*.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar e descrever os domínios do estilo de vida e padrões de agrupamento para caracterizar os estilos de vida dos estudantes.
- Verificar associações entre os padrões de agrupamento e as características sociodemográficas.
- Identificar facilitadores e barreiras nas vivências universitárias que atuam como mediadores nas escolhas de estilos de vida dos estudantes.
- Compreender os significados e as relações dos conceitos de estilo de vida e saúde para os estudantes dos cursos da área da saúde.

2 O REFERENCIAL TEÓRICO

“Cada agente age sob pressão da estrutura do espaço que se impõe a ele tanto mais brutalmente quanto seu peso relativo seja mais frágil.” (BOURDIEU, 2004).

2.1 Os discursos contemporâneos em saúde e o paradigma do risco

A saúde é um direito humano fundamental em todas as sociedades, sendo amplamente reconhecida como importante parâmetro de desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida (WHO, 2009). A representação de saúde depende do contexto histórico, do lugar e da classe social onde estão situados os agentes sociais. Assim, os discursos sobre a saúde vêm se transformando ao longo da história em resposta à necessidade de recomposição das práticas sanitárias e das demandas sociais, políticas, econômicas e culturais (CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Na contemporaneidade, existe uma pretensão nos discursos de referência científica de pensar a saúde como algo positivo, como no caso da promoção da saúde (CZERESNIA, 2009; WHO, 1986). Ainda assim, a perspectiva da promoção da saúde vem se sustentando apenas no plano retórico e ideológico, pois a perspectiva da doença tem sido a pauta predominante nas políticas e ações de pesquisa no campo da saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Para Czeresnia (2012), esses discursos baseados no modelo biomédico de saúde, responsáveis por ditar as normas e prescrições do viver saudável, se fundamentam nos pilares do conhecimento epidemiológico moderno, com metas voltadas para o controle das doenças infecciosas e das doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Bauman (2014), na sociedade contemporânea, tais discursos são demarcados por valores culturais paradoxais: de um lado, o clamor em favor da otimização dos riscos e adequação aos padrões de comportamentos saudáveis inspira cautela, moderação e austeridade; em contrapartida, os valores predominantes na sociedade de consumo, como o imediatismo, o individualismo, o narcisismo e o hedonismo afetam de forma negativa a saúde das pessoas. Os avanços tecnológicos, cada vez mais imbricados nas explicações do processo saúde/doença, contribuem para alimentar o discurso biomédico. Essa forma de olhar para os problemas de saúde alimenta a relação mercadológica à medida que o consumo de determinados serviços, produtos e medicamentos é associado a padrões saudáveis de normatividade e tentativa de homogeneização dos comportamentos (COCKERHAM, 2011; CZERESNIA, 2012).

Golman (2014) ressalta que os apelos da medicina preventiva ajudam a salvar vidas e poupar recursos, mas essa exacerbação de um ideal saudável, se levada ao extremo, pode contribuir para o surgimento de neuroses e afetar as relações sociais das pessoas e, ainda, estigmatizar os EV não saudáveis. A autora também destaca que o discurso epidemiológico produzido por intermédio do cálculo de risco tem sido utilizado nas práticas de saúde destinadas a posicionar o indivíduo socialmente. Nessa lógica, quem está mais engajado em práticas saudáveis é detentor de maior *status*, pois a avaliação da moral dos indivíduos está condicionada à sua adesão (ou não) à prática de um EV saudável.

Nesse cenário de paradoxos, o EV saudável transcende como uma categoria consagrada em vários âmbitos da vida contemporânea. Basta uma simples navegação pelos sites e outras mídias sociais para se constatar que os apelos em nome de uma vida saudável “viralizaram” e como eles alimentam a cultura do consumo e da homogeneização de comportamentos por intermédio do discurso produzido pelo risco. Para Cockerham (2005), essas mudanças nos hábitos de consumo do EV têm sido cada vez mais vivenciadas pelos indivíduos e não só satisfazem às necessidades utilitárias, mas também dão forma a uma narrativa especial de autoidentidade.

O paradigma do risco assumiu maior destaque e dimensão analítica nas décadas de 1930 e 1940, na fase da epidemiologia da exposição, quando, além de remeter à suscetibilidade para uma determinada doença infecciosa, passou a designar associação entre os fenômenos individuais e coletivos. A primazia do risco, como uma concepção tecnicista e quantitativa, deu-se na fase da epidemiologia do risco, após a Segunda Guerra Mundial. O paradigma do risco é o paradigma do poder da adaptação funcional a uma condição de vida insalubre e deslocada dos processos históricos de gênese e utopia (BREILH, 2010; MENÉNDEZ, 1998b).

Breilh (2006, p.194), ao esboçar um pensamento crítico sobre a categoria do risco, afirma: “é uma ideia infeliz, ou pelo menos, limitante, que nos pode atrelar a uma visão unilateral; é uma categoria que não possui o sentido progressista que alguns autores lhe atribuem, mas está profundamente marcada pelos princípios do positivismo”. E Czeresnia (2012) acrescenta: essa categoria reduz a complexidade dos fenômenos e alimenta uma cultura individualista baseada na lógica da ordem, da defesa e do controle.

Nesse cenário de críticas, Castiel; Guilam e Ferreira (2010, p.47) asseguram que os estudos epidemiológicos produzem um discurso que pressupõe a moralização dos EV adequados e a responsabilização individual pelos comportamentos de saúde quando:

Enfatiza a perspectiva ‘racionalizante’, como expressão do puritanismo (comedimento, autocontrole, temperança, prudência) desviando a responsabilização dos aspectos macrosociais que podem estar relacionados às chamadas condutas de risco.

A fragmentação dos comportamentos e sua classificação como fatores de risco pode estimular mudanças nos comportamentos individuais, porém limita a compreensão em termos de EV. Análises e intervenções, por exemplo, sobre comportamentos de sedentários e obesos não devem ser reduzidas ao risco em si; devem considerar também as condições em que os sujeitos (re)produzem suas vidas e as modulações subjetivas atinentes ao corpo e à alimentação (CASTIEL; SANZ-VALERO; VASCONCELLOS-SILVA, 2011; MENÉNDEZ, 1998).

Segundo Menéndez (1998), a associação do EV com a noção de risco decorre da rigidez médica. O autor sugere que algumas mudanças nas prevalências de comportamentos de risco têm ocorrido em virtude das modificações nos EV indivíduos e não em virtude dos aconselhamentos médicos. Como exemplo, menciona a redução dos índices de fumantes na Espanha cuja ocorrência se deveu mais por razões sociais e culturais do que como consequência de uma consciência dos riscos médicos. Dito isso, é preciso reconhecer que o EV contemporâneo é afetado por várias transformações sociais: desde a multiculturalização do conteúdo ofertado até o consumo de massa, ambos estimulados pela globalização e pelas novas tecnologias (COCKERHAM, 2014).

Caliman (2015) reitera que esse discurso que propaga a filosofia do risco e traduz a atual obsessão pela saúde tem sido chamado de *healthism*. O termo apareceu na década de 1980 como um imperativo moral da cultura ocidental, relacionado aos padrões desejados pela tríade beleza-saúde-aptidão (*fitness*). Alinhado ao pensamento da modernidade, o movimento defende a saúde como uma conquista fundamentada em cuidados e investimentos pessoais, reforçando a noção de despolitização da saúde e a privatização da luta pelo bem-estar generalizado (CRAWFORD, 1980).

O sociólogo Anthony Giddens evidenciou a concepção do risco ao discutir o fenômeno da globalização. Para ele, o “risco se refere a infortúnios ativamente avaliados em relação a possibilidades futuras e tem um sentido amplo para aqueles que enxergam o futuro como um espaço a ser conquistado” (GIDDENS, 2007, p.33). Na sociedade atual o risco assumiu relevância ímpar, com destaque para duas formas: o risco externo e o risco fabricado. O primeiro é aquele sujeito aos fenômenos da natureza, por exemplo: a má colheita, as enchentes; e o segundo é o risco criado com base no crescente conhecimento do homem sobre o mundo, podendo ser exemplificado pela globalização. O autor ressalta ainda que os riscos fabricados passaram a ser mais ameaçadores do que os riscos externos. Eles podem atuar tanto em esfera

global, como a proliferação nuclear e o declínio da economia global, quanto podem afetar mais diretamente os indivíduos como as questões referentes à dieta e à medicina, redefinindo todas as estruturas sociais.

Giddens (2007) discorre sobre os paradoxos imbricados na relação entre os riscos fabricados e afirma que todos, incluindo autoridades governamentais e políticos, devem assumir uma relação mais ativa e comprometida com a ciência e a tecnologia. Os achados científicos devem ser vistos com parcimônia, dado o caráter fluido da ciência na atualidade. O princípio do acautelamento, surgido na Alemanha nos anos 1980 na esfera dos debates ecológicos, parece uma maneira eficiente de enfrentar o crescimento do risco fabricado.

A aceitação da existência do risco corresponde a uma forma calculista de ver o mundo, por meio da qual surgem várias possibilidades de reações aos acontecimentos, investimentos e novidades propostas pela vida capitalista. Alguns impactos sociais, culturais e econômicos da globalização podem redundar em riscos à saúde, entre eles: a diminuição da biodiversidade e dispersão de poluentes, o aumento do consumo do tabaco, a violência urbana, o aumento da obesidade, o aumento do consumo de alimentos processados, a prevalência de depressão e transtornos mentais e o aumento das doenças infecciosas devido ao crescimento do número de viagens internacionais (GIDDENS, 2007; BAUMAN, 2014).

No campo da saúde, a complexidade dos riscos e as iniquidades sociais têm desafiado as atuais políticas públicas a encontrar soluções para gerenciar esses problemas que suplantam as práticas individuais e as fronteiras nacionais (BREILH, 2006). No entanto, adotar a abordagem do risco para promover saúde é incoerente, pois essa concepção favorece as pessoas de classes socioeconômicas mais privilegiadas, com nível educacional melhor e fácil acesso aos bens de consumo. Por isso, é imperativo utilizar um paradigma mais holístico, ético e moral, capaz de atender às necessidades das classes menos privilegiadas (GÓMEZ, 2014).

Nessa direção despontam também as discussões sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030, onde a temática do direito humano à saúde e da equidade está especificada no terceiro dos 17 ODS visando assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. A temática está presente também, de forma transversal, nos demais ODS. O atendimento dessa meta requer a construção de novos padrões de produção e consumo no qual o desenvolvimento integral, inclusivo e sustentável assuma centralidade nos processos políticos e decisórios das políticas de saúde (UNITED NATIONS, 2016).

Em síntese, os debates sobre saúde e a noção de risco são amplos e permeiam tanto as abordagens mais restritas de saúde, excepcionalmente nos discursos médicos e nos estudos

correlacionais da epidemiologia, quanto as questões voltadas para a contextualização das mudanças socio sanitárias. Bosi (2015) ressalta que a epidemiologia tem sido um instrumento indispensável para os debates envolvendo a vigilância em saúde, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Contudo, as abordagens ampliadas sobre o processo saúde-doença ainda permanecem à margem das discussões, com foco essencialmente nas abordagens preventivas e análises do risco.

2.1.1 A determinação social da saúde, promoção da saúde e epidemiologia crítica

Na expectativa de enriquecer a reflexão e as análises sobre as abordagens vigentes no campo da saúde – uma que, grosso modo, responsabiliza o indivíduo por ser saudável e outra que destaca a interação das pessoas com o contexto na definição dos comportamentos, hábitos e EV que determinam a saúde (COCKERHAM, 2005; GÓMEZ, 2014) –, é apresentado a seguir uma breve síntese dos modelos complexos das teorias sociais em saúde.

A partir da segunda metade do século XX, despontam movimentos de contestação ao pensamento liberal e às conjunturas políticas, notadamente na América Latina, então acometida por regimes ditatoriais. Com eles afloram as discussões conceituais sobre a saúde coletiva, a promoção da saúde, a determinação social da saúde e a epidemiologia crítica (BREILH, 2006, MARMOT, 2005). Movimentos internacionais de uma parcela do campo da saúde liderada pelas ciências sociais e humanas buscam fortalecer a noção de um modelo de saúde no qual se vislumbra a superação do modelo de saúde vigente e se desloca o olhar do tratamento para a prevenção de doença. Uma concepção de saúde ampliada, holística, capaz de afetar de maneira positiva a vida dos indivíduos e ainda reduzir os custos (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1998; WHO, 1986).

Um dos documentos iniciais de grande repercussão foi o Relatório Lalonde, elaborado em 1974, representando uma nova era de interesse social e político pela saúde pública. O texto priorizava a ênfase sobre a construção de políticas públicas voltadas à atenção primária e ao desenvolvimento comunitário, realçando como componentes importantes o meio ambiente, o EV e a organização da atenção à saúde. Não obstante, destacava também a responsabilização do sujeito pela prevenção de doenças por meio da adoção de comportamentos saudáveis (LALONDE, 1974). Anos depois, em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, em 1978, os governos, entidades e organizações foram convocados a eleger a promoção da saúde como uma de suas metas globais, levando-se em conta as iniquidades sociais dos países em desenvolvimento (HEIDMANN et al., 2006).

Considerada um marco da promoção da saúde em sua concepção mais contemporânea, a Carta de Ottawa, documento síntese da I Conferência Internacional sobre promoção da saúde (WHO, 1986), buscou suplantiar a visão preventivista e individualista presente na abordagem inicial de Henry Sigerist e no modelo da História Natural das Doenças, de Leavel e Clark (CZERESNIA, 2009). Esse referencial teórico da promoção da saúde acrescenta o conceito da determinação social às discussões acerca das relações entre EV e saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986), foi estabelecida uma série de princípios éticos e políticos e delimitados os campos de ação. Em síntese, o documento define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Também destaca que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida (HEIDMANN et al., 2006; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada na Suécia em 1991, a Declaração de Sundsvall conclamava todos para a criação de ambientes saudáveis, reconhecendo que todas as comunidades, governos, Organizações não Governamentais e organizações internacionais têm papel fundamental na efetivação dessa proposta. A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressaltou que as políticas de criação de ambientes promotores de saúde precisam considerar as dimensões social, política e econômica favoráveis à saúde dos indivíduos e coletividades (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991).

Desse modo, o novo modelo de promoção da saúde avança teoricamente priorizando a saúde, a construção de políticas públicas e de ambientes favoráveis à adoção de EV saudáveis. E ainda destaca o fortalecimento da ação comunitária, a reorganização dos serviços de saúde com foco na atenção primária, e o desenvolvimento de habilidades pessoais. Também passa a discutir e incorporar valores relacionados à cultura de paz, equidade e justiça (HEIDMANN et al., 2006; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; WHO, 1986).

Na mesma direção dessas abordagens de superação, e juntamente com o movimento latino-americano de saúde coletiva, despontou um movimento a favor de uma epidemiologia crítica ou social, intencionando a superação das ideias próprias e alheias, dos caminhos que se vêm percorrendo no *modus operandi* dos estudos e das práticas epidemiológicas que alimentam os modelos reducionistas de enxergar problemas de saúde. Segundo Jaime Breilh (2006), os critérios de objetividade da investigação epidemiológica são questionados porque direcionam seu olhar para o processo saúde/doença meramente como coisas biológicas.

A esse respeito, Barata (2005; p.8) assim se posiciona:

O que distingue a epidemiologia social das outras abordagens epidemiológicas não é a consideração de aspectos sociais, pois, bem ou mal, todas reconhecem a importância desses aspectos, mas a explicação do processo saúde-doença. Trata-se, portanto, de uma distinção no plano teórico.

A epidemiologia social fornece uma abordagem mais holística porque busca entender como os problemas de saúde da população estão relacionadas com processos sociais, culturais, políticos e econômicos (BREILH, 2006; BARATA, 2005). A epidemiologia crítica se preocupa com as mudanças das condições estruturais para, assim, promover a saúde individual e coletiva. Por esse ângulo, faz-se necessário suplantando a visão fragmentada, estática, dicotômica e unilateral do fenômeno da saúde e vislumbrar um olhar para a realidade como processo, com um passado inerente a uma história, enfim, mediado por uma perspectiva complexa (BREILH, 2006).

De acordo com Breilh (2006), vislumbrar uma epidemiologia crítica pressupõe a idealização de um instrumento básico de recuperação ética, de pensar em uma bioética que adentre nos direitos e na ética do modo de vida das pessoas, num projeto comprometido com os processos vitais das organizações e dos movimentos populares. É um despontar para sublimar uma utopia para a emancipação humana e prover novos olhares da ação, com base em novas possibilidades de cada ramo da ciência. A esse respeito, Barata (2005, p.10) declara:

Há atualmente um consenso sobre a importância dos aspectos sociais e seus efeitos sobre a saúde. No entanto, as concordâncias se encerram aí. As divergências entre as diversas escolas aparecem em relação à teoria social subjacente, à adoção do conceito de causalidade ou determinação, aos conceitos-chaves para a condução das pesquisas e ao nível de análise dos fenômenos no plano individual ou coletivo.

Nesse cenário fortalece-se também a noção da determinação social da saúde, representando as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (MARMOT, 2005). Não obstante as limitações de qualquer representação esquemática, um modelo visual interessante das inter-relações entre fatores individuais e macrodeterminantes em saúde foi proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Assim, as escolhas, comportamentos e o EV estão situados na camada intermediária entre determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos, e aspectos individuais, como idade, sexo e genética (Figura 1). De acordo com esse modelo, comportamentos são opções feitas por indivíduos, podendo ser condicionados por acesso a informações e serviços, pressão dos pares e padrões culturais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na perspectiva da determinação social da saúde, a saúde e o EV são resultantes da conexão dos indivíduos com o território onde moram, com os espaços de convivência e construção humana, com a família, as associações comunitárias, os espaços de decisões políticas e governamentais, as estruturas, os equipamentos públicos de lazer, o trabalho e com as relações intersetoriais. E ainda, da efetivação de medidas de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo. É igualmente importante considerar que o EV de indivíduos e populações é fortemente condicionado por informações, propagandas, pressão dos pares e muitos padrões e modelos sociais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis (BUSS, PELEGRINI FILHO, 2007).

Figura 1- Os Determinantes Sociais da Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Adaptada de Buss e Pellegrini Filho, 2007

Trinta anos transcorreram desde que a Carta de Ottawa adotou a definição avançada de promoção da saúde, considerando a perspectiva ampliada do processo saúde-doença-cuidado para além do enfoque preventivo e da culpabilidade individual (WHO, 1986). Diversas políticas públicas e programas reconhecem e preveem a criação de ambientes favoráveis à saúde que atendam às necessidades de saúde por meio de medidas intersetoriais, do empoderamento comunitário e do desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida (HEIDMANN et al., 2006).

Não obstante, a hegemonia de um modelo cartesiano e biomédico no setor saúde e os interesses a que se vincula seguem dificultando a tradução dessa teoria, gerando documentos ambíguos e por vezes contraditórias com efeitos não apenas no plano teórico, mas na materialidade dos sistemas de saúde, impedindo ou atrasando a transição das práticas em saúde para modelos mais integrais e participativos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CZERESNIA, 2012).

No Brasil, mudanças paradigmáticas em saúde se mostraram fundamentais para a consolidação da reforma sanitária. A política de saúde definida na Constituição de 1988 e regulamentada na Lei Orgânica da Saúde de 1990 avançou na ampliação da noção de saúde considerando como seus determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1988; 1990). A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde destaca que são as condições sociais, econômicas, culturais, étnicas/raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) legitima essa concepção ampliada de saúde. Isso ocorre ao centrar o modelo de atenção à saúde na sua promoção, em nível comunitário e primário, buscando deslocar a centralidade dos processos de saúde do médico para o cidadão, e dos tratamentos às doenças para a reformulação de ambientes favorecedores da saúde (BRASIL, 1990).

Com grande impulso a partir dos anos 2000, a promoção da saúde no Brasil se fortalece com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006. Nesse momento, a política fez uma introdução conceitual sobre promoção da saúde em sua perspectiva mais contemporânea e destaca sete ações prioritárias: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por 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 (BRASIL, 2006).

Mais uma vez, de forma ambígua, comportamentos saudáveis são indicados como aspectos de promoção da saúde, sem que fiquem claras suas relações com aspectos macroestruturais da sociedade (ROCHA et al., 2014). Visando sobrepujar essa ambiguidade, a recente revisão da PNPS, publicada em 2014, retoma a discussão dos princípios, valores e diretrizes que devem subsidiar as ações em promoção da saúde. Tais ações são entendidas como

o conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tendo o princípio da equidade como base da distribuição de oportunidades, considerando especificidades individuais e coletivas (BRASIL, 2015; ROCHA et al., 2014).

Pensar sobre escolhas, comportamentos e EV nos conduz a um território complexo que ainda demanda investimentos em análises conceituais e práticas nos campos da medicina preventiva, da saúde pública e da promoção da saúde. Apesar do desenvolvimento conceitual e empírico da década de 1980, o termo EV continua a ser interpretado hegemonicamente como um conjunto de comportamentos individuais, operacionalizado sem a devida reflexão sobre seu significado.

2.2 Histórico das concepções de estilo de vida no campo³ da saúde

O termo EV e seus principais desenvolvimentos derivam do campo das ciências socioculturais, com respaldo em referenciais teóricos como o marxismo, a sociologia compreensiva de Weber, a psicanálise e o culturalismo antropológico americano (MENÉNDEZ, 1998). No conceito desenvolvido por Weber, os EV resultam da interação entre as escolhas de vida e chances de vida, portanto, as escolhas dos indivíduos são informadas e orientadas pela natureza das oportunidades disponíveis, com destaque para a classe socioeconômica. O sociólogo também relacionou o *status* aos bens de consumo específico de diferentes EV (COCKERHAM; ABEL; LÜSCHEN, 1993).

No campo da saúde, a expressão começou a ser usada durante a segunda metade do século XX pela Epidemiologia Clássica e, na década de 1980, apresentou o maior desenvolvimento de pesquisas no campo com a utilização dos termos: EV, EV e saúde e EV saudável (ALVAREZ, 2012; MENÉNDEZ, 1998b). Em 1986 a OMS definiu o EV como um modo de vida baseado em padrões identificáveis de comportamento, determinada pela interação entre as características pessoais individuais, interações sociais e as condições de vida socioeconômica e ambiental (WHO, 1998).

Na tentativa de acompanhar a evolução conceitual da promoção da saúde, em 1998 o EV passou a ser definido como o “conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos

³ Campo é o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições. Seria um espaço de relações entre grupos com distintos posicionamentos sociais; um espaço de disputa e jogo de poder; um espaço concorrencial que obedece a leis mais ou menos específicas (BOURDIEU, 2004).

dietéticos e de exercício” (WHO, 2004). A OMS passa a reconhecer que os EV individuais não são fixos e estão sujeitos a interpretações dos contextos sociais. E explicita a importância de se reconhecer a cultura, a renda, a estrutura familiar, a idade, as capacidades físicas, a casa e o ambiente de trabalho, como componentes de um EV ideal a ser fixado para todos os indivíduos (WHO, 2004).

No Brasil, em virtude da promulgação da PNPS, o Ministério da Saúde publicou o Glossário Temático de promoção da saúde para difundir os termos e padronizar a linguagem utilizada nas políticas de saúde. O termo EV é definido como “a forma como as pessoas ou grupos vivenciam a realidade e fazem escolhas, que são determinadas por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2012, p.22).

A despeito de alguns avanços conceituais, o EV, como objeto de estudo da Epidemiologia, é majoritariamente visto numa perspectiva restrita e fragmentadora ao reduzir o complexo a variáveis, objetivando identificar comportamentos de risco e de proteção à saúde e de suas associações com doenças crônicas (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA 2010; MENÉNDEZ, 1998). O termo EV assumiu significado muito diferente do adotado a princípio por Weber (COCKERHAM; RÜTTEN; ABEL, 1997; FROHLICH; CORIN; POTVIN, 2001). De maneira geral, hoje os indivíduos são responsabilizados por seu comportamento, desconsiderando-se as influências sistêmicas, o contexto sociocultural e os processos dialógicos e históricos atribuídos aos comportamentos (FROHLICH, CORIN, POTVIN, 2001).

A hegemonia desse enfoque favorece compreensões deterministas, fundadas em relações de causa e efeito, nas quais os riscos de adoecer são associados preponderantemente às escolhas individuais, oferecendo fundamentos a discursos centrados na culpabilidade individual (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010; MENÉNDEZ, 1998). Acrescente-se a isso o fato de contribuir de forma acentuada para eliminar a visão holística do conceito do EV, limitando suas análises à conduta do risco (MENÉNDEZ, 1998).

Gómez (2014) analisou as limitações da abordagem do EV saudável no prisma do modelo biomédico e destacou as seguintes limitações: i) a ideologia da saúde como culpabilidade individual constitui um dos instrumentos ideológicos que estimula os estados a abortarem suas ideias de bem-estar da saúde pública para adotarem um serviço privado; e ii) essa abordagem privilegia a associação dos fatores biológicos como predisposição para doenças e concentra os olhares intrinsecamente nas pessoas, aos seus genes e no seu comportamento individual, enquanto omite os determinantes sociais. Dadas as limitações da abordagem do EV saudável, o autor reconhece suas contribuições para a melhoria da qualidade de vida de pessoas pertencentes à classe socioeconômica mais privilegiada, com nível educacional melhor e maior

acesso aos bens de consumo. No entanto, ele conclui apontando a necessidade de se defender um paradigma mais holístico, ético e moral, que atenda às necessidades das classes menos privilegiadas (GÓMEZ, 2014).

Ao omitir a determinação social de seu modelo de análise – portanto, abstraindo a dimensão político-econômica, essa construção teórica funciona como instrumento ideológico que arrefece reivindicações de saúde como direito social –, fortalece a noção de saúde privada e da privatização dos serviços em saúde. Some-se a isso o fato de se distanciar das interpretações originais do conceito de EV formulado pelas ciências sociais (BREILH, 2006; COCKERHAM; RÜTTEN; ABEL, 1997; MENÉNDEZ, 1998).

O sociólogo britânico Anthony Giddens (2002) sugere que, na modernidade, as escolhas feitas pelos indivíduos ou determinados grupos ou estratos sociais podem cristalizar-se em EV próprios. Assim, os EV adquirem relevância tanto na definição das práticas diárias como na construção das identidades pessoais. Maciel e Leitão (2010) enfatizam que a expressão “modos de vida” tem sido referenciada pela Antropologia como um conceito cujo significado é mais amplo, pois abrange os elementos da cultura. As autoras também afirmam que alguns profissionais das ciências humanas têm negado a utilização do termo EV em virtude da mídia empregar o termo “estilo” como algo relacionado a refinamento e sofisticação, ou como algo relacionado à saúde (saudável). Contudo, as autoras defendem que a expressão EV não pode ser descartada, basta ver o seu contexto histórico nas ciências sociais.

Uma teoria crítica de superação do modelo epidemiológico clássico foi desenvolvida pelo sociólogo americano Willian Cocherham, combinando a teoria clássica de Max Weber com a noção de *habitus* de Bourdieu, com base no pressuposto da relação dialética entre as escolhas e as oportunidades de vida. Para o autor, o EV e saúde é definido por padrões coletivos de comportamento relacionado à saúde com fundamento em escolhas entre possibilidades disponíveis para as pessoas segundo suas chances de vida. Ou seja, as pessoas têm a capacidade de escolher o seu EV, porém suas escolhas são limitadas por suas condições de vida (COCKERHAM, 2005).

Essa teoria é alicerçada em duas premissas: na primeira o autor ressalta que os EV saudáveis não são comportamentos individuais desconectados, mas construídos de forma coletiva, levando-se em conta que as rotinas pessoais apresentam, em comum, as características específicas de um grupo ou classe social. E na outra ele parte do princípio segundo o qual os EV das pessoas são influenciados pelo consumo e não pelo que produzem. O autor chama atenção para o fato de as pessoas com maior renda terem mais recursos para investir em promoção da saúde (COCKERHAM, 2014).

Cockerham (2005) sustenta ainda que o EV das pessoas que vivem na sociedade contemporânea é afetado pelas mudanças nos padrões de doenças (transição epidemiológica). Isso ocorre pela expansão da multiculturalização da Europa e América do Norte, as mudanças de padrões de estratificação social e pela utilização do conhecimento como mercadoria. Segundo ele, o fenômeno da globalização estimulou as mudanças nos hábitos de consumo e o EV passou a se materializar como narrativa especial de autoidentidade.

Considerando o EV como um atributo coletivo, e acatando a limitação dos modelos de análise individual, alguns pesquisadores têm utilizado ferramentas analíticas que podem ajudar a compreender como as práticas sociais de saúde são mediadas por fatores estruturais (BOURDIEU, 2015; FROHLICH, CORIN, POTVIN, 2001). Alguns estudos vêm privilegiando a técnica de análise de agrupamentos (ou *clusters*) que ajuda a enxergar as estruturas latentes nos grupos de indivíduos. Isso pode favorecer o planejamento de estratégias mais eficazes de promoção da saúde, pois auxilia os profissionais de saúde a compreenderem como os comportamentos de risco se agrupam, pois múltiplos comportamentos podem estar agregados, tais como o hábito de fumar e consumir drogas (MURPHY et al., 2017), a depressão e ansiedade (YE et al., 2016).

Bourdieu (2011), desde o princípio de suas pesquisas, empenhou-se em compreender como as condições objetivas e as posições ocupadas pelos indivíduos afetam seu modo de viver. Ele sugere que a noção do *habitus* une os dois aspectos, um objetivo (estrutura) e outro subjetivo (percepção e classificação). Desse modo, ele produz padrões específicos de comportamento social comuns a grupos de agentes com posições semelhantes. O *habitus* não só interioriza o exterior, mas também exterioriza o interior. Nesse sentido, diferentes condições econômicas e sociais correspondem a diferentes EV marcados por proximidades e distâncias, afinidades e distinções, gostos e desgostos (BOURDIEU, 2015, p.164). Ele assim define os EV:

Os estilos de vida são, assim produto sistemático dos *habitus* que, percebidos em suas relações mútuas segundo os esquemas dos *habitus*, tornam-se sistemas de sinais socialmente qualificados – como “distintos”, “vulgares”, etc.

Em síntese, as interpretações do EV diferem entre si pela ênfase em torno do debate agência e estrutura. Os conceitos sociológicos têm em comum a noção da existência de algo relacionado a estrutura que pode explicar a origem dos comportamentos dos indivíduos. Já a noção de EV saudável, vigente na produção científica e nas práticas sociais em saúde, focaliza de maneira predominante a agência individual, isto é, considera que os EV e saúde são construídos individualmente, com a educação servindo como a característica crítica da agência

e o indivíduo localizado num tipo de vazio comportamental se esforçando para dominar seus vícios (COCKERHAM; RÜTTEN; ABEL, 1997; FROHLICH, CORIN, POTVIN, 2001). Serão apresentados a seguir aspectos do modelo complexo das teorias sociais sobre *habitus*, fundamentados em Bourdieu, que nos ajudam a fortalecer a visão segundo a qual, para além da materialização de uma narrativa especial de autoidentidade, o EV é construído social e coletivamente (COCKERHAM, 2005).

2.2.1 *Habitus*: uma abordagem complexa para a compreensão do estilo de vida

O conceito de *habitus* foi desenvolvido pelo sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002), nascido na cidade francesa de Denguin, considerado um dos mais influentes intelectuais da segunda metade do século XX. De origem campesina, filósofo de formação, foi docente na École de Sociologie du Collège de France. Sua trajetória como pesquisador iniciou-se na Argélia, em 1958, quando percorreu sobre como o sistema colonial interferiu na sociedade cabila e em suas estruturas e desculturação. A experiência resultou em seu primeiro livro, Sociologia da Argélia (1958) (WACQUANT, 2002).

O legado sociológico de Bourdieu foi construído ao longo de vários anos dedicados aos estudos da relação indivíduo-sociedade, seguindo a tradição sociológica francesa ao reconhecer a importância dos autores clássicos do pensamento sociológico, como Durkheim, Marx e Weber em sua abordagem. Do seu elenco de obras densas e importantes, destacam-se: Os herdeiros: os estudantes e a cultura (1964), A dominação masculina (1999), Razões práticas: sobre a teoria da ação (1996), A distinção (1979) – todos frutos dos seus estudos sobre a escola, os camponeses, os artistas, os clérigos, os patrões, as classes populares e outros (WACQUANT, 2002).

Em sua trajetória intelectual, o autor produziu uma rica teoria da ação, com foco na análise dos mecanismos de dominação da produção de ideias e da gênese das condutas. Na perspectiva do conhecimento denominado por Bourdieu praxiológico, o “objeto não é somente o plano das relações objetivas [...], mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las” (ORTIZ, 1983, p. 40). Sua obra traz os conceitos de campo, o *habitus* e o capital, como conceitos-chaves para a mediação entre o agente social e a sociedade (BOURDIEU, 2011). Para os fins desta tese, nos aproximamos dos contributos de Bourdieu, em especial do conceito de *habitus*, para favorecer a compreensão da “determinação social dos EV”, em sintonia com a determinação social da saúde, ideário tão caro à promoção da saúde.

O extenso trabalho de Bourdieu tem sido reconhecido com relevância para o estudo das expressões socialmente incorporadas às práticas individuais (COCKERHAM, 2005; MONTAGNER, 2006; SETTON, 2002; VANDENBERGHE; VÉRAN, 2016). Ancorado em reflexões teóricas da relação conflituosa entre estrutura e agência, e entre estruturas sociais externas e experiências subjetivas, seus estudos ajudam a desnaturalizar conceitos e a compreender o EV como produto do *habitus*, colaborando para identificar e questionar as ideologias imbricadas nos modos de viver das pessoas (BOURDIEU, 2015).

Alguns trabalhos realizados pelo campo da Educação Física têm se aproximado de forma gradual dos referenciais teóricos de Bourdieu para auxiliar a compreensão dos seus objetos de estudo. As investigações têm envolvido análises relacionadas ao esporte (ASUMPÇÃO; NINA, 2010; SOUZA; MARCHI JÚNIOR, 2009; LIMA; NIERO, 2011) e ao próprio campo científico (LAZZAROTTI FILHO; SILVA; MASCARENHAS, 2014). Todavia, as mediações com a temática EV e saúde têm sido pouco exploradas. Segundo Montagner (2006), Bourdieu estudou a saúde de forma indireta, por intermédio das orientações de Marie Jaisson e Luc Boltanski, portanto, ele “poderia ser considerado como pesquisador ‘da’ saúde e não ‘na’ saúde”.

A aproximação com os referenciais do sociólogo foi motivada pelo interesse em contribuir para superar as análises que olham para o EV como prática individual e desconectada do contexto, fortalecer o conceito ampliado de promoção da saúde e para atestar a importância da determinação social da saúde na explicação do EV. A abordagem do *habitus* poderá ajudar a compreender como estão sendo formadas as percepções de EV e saúde dos estudantes dos cursos de saúde, quais as características específicas desse grupo, quais os condicionantes estruturais estão influenciando na escolha dos seus comportamentos de saúde. E ainda poderá nos ajudar a refletir sobre a relação, as mediações entre os condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade desses agentes (SETTON, 2002).

O *habitus*, segundo a tradição escolástica, tinha a definição aristotélica de *hexis* e se relacionava ao carácter moral que orienta os sentimentos, desejos e a conduta. Somente no século XVIII, o termo foi traduzido para o latim por São Tomás de Aquino e analisado na Suma Teológica, assumindo o sentido de disposição durável e suspensa (WACQUANT, 2002). Segundo Bourdieu (2009, p. 87), o *habitus* pode ser entendido como:

Sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção

consciente de fins e o domínio expresso das operações necessárias para alcançá-los.

Para o sociólogo, o *habitus* é individual e também coletivo. Isso significa que ele pode gerar e unificar práticas coletivas, com características peculiares que resultam em um EV único (BOURDIEU, 2005). Assim, EV pode ser compreendido como produto do *habitus*, construído ao longo da história mediante as experiências modeladas e incorporadas inconscientemente, cujo fundamento está nas relações sociais que integram as condições de vida e a posição dos agentes (WACQUANT, 2002). Em outras palavras, *habitus* é produtor de ações, quando ele próprio é introjetado – atualizando-se nas práticas e nas representações, ou seja, nos planos objetivo e subjetivo.

Na contemporaneidade, a perspectiva pessoal do livre-agir é bastante disseminada e aceita. Não obstante, é preciso questioná-la, uma vez que as propostas para mudanças de comportamentos são entremeadas de um discurso que culpabiliza os indivíduos e analisa os EV saudáveis como comportamentos individuais desconectados (FROHLICH, CORIN, POTVIN, 2001). Nessas análises admite-se que os indivíduos têm autonomia total sobre seus comportamentos, portanto, suas mudanças de hábitos seriam, antes de tudo, fruto de decisões de foro íntimo e de força de vontade para prática de determinados comportamentos associados à promoção de sua saúde (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA 2010).

A concepção de *habitus*, dado seu caráter dialético, converge para a perspectiva pessoal do livre-agir, ao considerar a influência do contexto sociocultural nas decisões e na reprodução dos comportamentos. Dessa forma, as recomendações para mudanças de comportamentos devem considerar que a vontade do livre agir mantém relações com o ambiente onde estão inseridos os indivíduos. Os ambientes, estruturas estruturantes, segundo Bourdieu, podem ser favoráveis ou desfavoráveis para facilitar as mudanças de comportamentos (BOURDIEU, 2015). Também é importante considerar que a proximidade entre determinados grupos sociais corrobora para que tenham necessidades objetivas operadas pelo mesmo *habitus*, resultando em EV distintos e distintivos entre as populações, podendo apresentar semelhanças nos discursos e nos comportamentos (BORDIEU, 2015).

Setton (2002) ratifica que alguns autores interpretam o *habitus* como mero processo de reprodução. Todavia, é importante considerá-lo de forma mais atualizada, contemporânea e como um sistema em construção e mutação. É preciso ter clareza que outros conceitos como o capital e sua desigualdade de distribuição, e o campo e o espaço social motivam as práticas sociais, como bem explicitou o próprio Bourdieu em sua teoria da prática, assim como a tradição crítica (BOURDIEU, 2011). Para compreender o *habitus* é necessário analisar a

trajetória de socialização e subjetivação dos indivíduos ao longo da vida, e compreender práticas sociais fundamentadas na integração histórica entre passado e presente. Ele se vincula a um processo socializador de longa duração, iniciado na chamada “socialização primária”, tendo a dimensão inconsciente, no sentido de adesão subliminar e isenta de reflexividade, como um de seus pilares (SETTON, 2002).

Respaldados nessas concepções, alguns autores avançam na discussão das relações entre EV e *habitus*. Para fins de ilustração, vale citar William Cockerham (2005). O sociólogo combina a noção de *habitus* com a teoria clássica de Max Weber para analisar o fenômeno do EV com base no pressuposto da relação dialética entre escolhas e oportunidades de vida. Para Weber, o EV é formado por padrões coletivos de comportamento relacionados à saúde com base em escolhas de opções disponíveis para as pessoas segundo suas condições de vida, representadas pela estrutura.

Em suma, Cockerham sugere que a escolha do EV e saúde é influenciada por quatro características estruturais principais: circunstâncias de classe; a idade, sexo e raça/cor da pele; coletividades (por exemplo, religião, parentesco) e condições de vida. As experiências vividas no coletivo, mediadas por essas variáveis estruturais, formam o *habitus*, isto é, a disposição para a prática (consumo de álcool, tabagismo, dieta e outros) baseada nas possibilidades de escolha (agência) e chance (estrutura). Portanto, as práticas de saúde se constituem de padrões de EV saudável, reproduzidas (ou modificadas) pelo feedback do *habitus* (COCKERHAM, 2014).

Nessa acepção, Breilh (2006, p.46), ao referir-se ao *habitus* afirma:

Nessa relação dinâmica entre modo de vida, EV e *habitus*, enraíza-se uma poderosa influência dos gostos e opções de vida cotidiana, os quais, sempre dentro da margem das possibilidades e realidades factíveis do modo de vida, contribuem para determinar os estados orgânicos e as condições genotípicas.

Montagner (2006) reitera o caráter inovador do conceito, que possibilita a mediação teórica entre as estruturas e o contexto histórico no qual estão inseridos os agentes sociais. Também assegura que o *habitus* funciona no limite de três lógicas distintas: a da retenção, relativa à hexis corporal; o capital físico acumulado ao longo do tempo e que singulariza formas corporais e posturas que marcam o conjunto da trajetória do indivíduo ou de grupos de indivíduos; a de mediação, evidenciada na visão de mundo formada pelo indivíduo com base em sua vivência cotidiana; e a de classificação, na qual indivíduos projetam suas singularidades marcadas pela trajetória social, por sua vez construída em espaços sociais permeados por

relações desiguais entre indivíduos com diferentes capitais sociais. O conceito de campo, transversal à obra de Bourdieu, cuja análise não será aqui aprofundada, esclarece a acumulação de diferentes modalidades de capital.

A aproximação do conceito de *habitus* pode auxiliar na compreensão do sentido de homogeneidade de alguns comportamentos e percepções de saúde de grupos cujas histórias de vida em comum tenham sido vivenciadas, ao vislumbrar a perspectiva de compreensão das complexidades e cambiantes das vivências de saúde integrantes do EV dos agentes sociais (SETTON, 2006). Dialogando com os referenciais do autor, é possível partir do princípio que a proximidade dos estudantes dos cursos de saúde no espaço social da universidade colabora para que suas necessidades objetivas sejam operadas pelo mesmo *habitus*, resultando em EV distintos e distintivos de outras populações, podendo apresentar semelhanças nos discursos e nos comportamentos. De acordo com Bourdieu (2011), trata-se de olhar os comportamentos de saúde (dos estudantes) como uma maneira de identificar o princípio gerador que explica as ações de diferentes grupos sociais e suas regularidades estatísticas nos casos de homologia.

É importante compreender que, embora o *habitus* possa contribuir para a perpetuação de comportamentos negativos de saúde, este também tem um componente dinâmico que possibilita aos agentes sociais adotar novos comportamentos capazes de contribuir para a melhor gestão do seu EV e de sua condição de saúde. As mudanças nos *habitus* podem ser acionadas de diversas formas, tais como: encontros com novas situações, exposição ao *habitus* de outros agentes sociais e por meio de processos de interação com pessoas de outros contextos (WACQUANT, 2002).

O *habitus* pode ser uma heurística para ajudar na compreensão de como são construídos os padrões complexos e profundamente enraizados de determinados tipos de comportamentos e das percepções de saúde que continuam emergindo como grandes problemas de saúde pública e que são objeto das produções científicas e das práticas realizadas pelo campo da saúde. Concordando com o argumento de Loic Wacquant (2002) – o *habitus* não é uma cópia de uma única estrutura social, pois, como uma estrutura sincronicamente estruturada (por ações passadas) e estruturante (ações e significados presentes), opera por meio de disposições acumuladas ao longo do tempo, por influência dos vários ambientes percorridos pelos agentes ao longo de sua vida –, nos aproximamos do conceito de *habitus* para refletir sobre as escolhas comportamentais realizadas ao longo da trajetória universitária dos estudantes dos cursos de saúde.

2.3 O jovem universitário e os desafios da vivência no contexto universitário

O ingresso na universidade é idealizado pelos jovens estudantes como uma fase marcada pela concretização dos seus projetos de carreira pessoal, profissional, de conquista dos sonhos e de liberdade (ALMEIDA; SOARES, 2004). É também uma fase que implica adaptação a um ambiente repleto de novos interlocutores, novas exigências sociais e de regras a serem cumpridas. Por conseguinte, é projetada como relevante para o desenvolvimento da autonomia, da competência e da formação da identidade (MERCURY; POLYDORO, 2003; SCHLEICH, 2006).

A adaptação do estudante ao contexto universitário se relaciona às dimensões acadêmica, social, individual/emocional e institucional. Todo esse processo complexo implica estabelecimento de relações interpessoais, de experimentação de novas responsabilidades acadêmicas, a exemplo da relação professor-aluno, considerada como aspecto fundamental na avaliação da trajetória universitária (ALMEIDA; SOARES, 2004).

Uma pesquisa com ingressantes nos cursos de graduação de uma IES pública federal para analisar as representações sociais dos estudantes sobre o início da vida universitária revelou que tanto as expectativas quanto os medos foram relacionados à palavra “novidade” (PAULA, 2014). Na expectativa de contribuir para melhor compreensão sobre essas mudanças, Schleich (2016) observou que os estudantes ingressantes estavam mais integrados e satisfeitos na vida acadêmica do que os concluintes, e que ambos se diferenciaram significativamente em todas as dimensões analisadas, indicando que a transição para a vida universitária é um processo complexo de adaptação.

Outro estudo identificou dois elementos centrais para o sucesso do estudante na vida acadêmica: o seu comportamento e as condições institucionais. O primeiro está ligado ao tempo dos estudantes, ao esforço dedicado aos estudos, à interação com professores e ao envolvimento com seus pares. As condições institucionais dizem respeito aos recursos, às políticas educacionais e aos programas e práticas e características estruturais (KUH et al., 2006).

Já um estudo qualitativo com estudantes de uma IES do Rio Grande do Sul evidenciou aspectos relacionados aos docentes que podem contribuir para a adaptação dos estudantes ao ensino superior ou dificultá-la: diferenças dos professores do ensino médio; formação e didática dos professores; receptividade e incentivo; relação acadêmica e pessoal; e a importância atribuída ao professor na formação (OLIVEIRA et al., 2014).

Outro aspecto é que a faixa etária associada ao período em que os estudantes se encontram na universidade varia de 18 a 24 anos (FONAPRACE, 2016), representando a etapa de vida relativa à juventude, caracterizada por uma faixa etária dos 15 a 29 anos, conforme a

Política Nacional de Juventude (BRASIL, 2005). A juventude é uma etapa da vida na qual ocorre aumento da autonomia e da independência, somada à inerente vontade de experimentação, do desejo de aprovação pelos pares e da formação da identidade (ROCHA, 2014). Essa fase se diferencia da adolescência⁴ pelo maior comprometimento com suas decisões e com o planejamento de suas ações – uma fase marcada por emancipação e inserção social (PEREIRA, 2004).

Os jovens do mundo atual cresceram vivenciando as transformações potencializadas pela globalização, o avanço tecnológico, a hiperconectividade, e os novos valores culturais caracterizados pelo imediatismo, individualismo, narcisismo, consumismo e hedonismo que afetam a vida e os processos de saúde e adoecimento (BAUMAN, 2014). Complementarmente, “eles conformam a pauta constante na mídia, na publicidade e nos produtos da indústria cultural, havendo uma construção incessante de imagens a seu respeito” (MINAYO, 2011, p.17).

Vários pesquisadores, nos âmbitos internacional e nacional, vêm se dedicando ao debate sobre o impacto dessas vivências universitárias no EV e na saúde dos estudantes. Isso se verifica em perspectivas que vão desde criar e validar instrumentos para avaliação do EV dessa população (SILVA; BRITO; AMADO, 2014; VENY, 2012; ANEZ; PETROSKY, 2008) e discutir a universidade como ambiente promotor de saúde (ROCHA, 2008, HOLT et al., 2015) até avaliar os aspectos epidemiológicos do EV e processo saúde-adoecimento (CARVALHO et al., 2015; BRITO, GORDIA, QUADROS, 2014; PAIXÃO, DIAS, PRADO, 2010; SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

Em suma, as vivências universitárias podem operar mudanças no cotidiano da vida dos estudantes, predispondo-os à adoção de EV que podem afetar positiva ou negativamente sua saúde (ALMEIDA; SOARES, 2004; MERCURY; POLYDORO, 2003). O ingresso no ensino superior é um processo complexo, multifacetado, que requer mudanças nos hábitos e adaptações à nova realidade. Cabe às universidades o desafio de se constituir em ambientes de experimentação, exploração e reflexão favoráveis à formação humana, à promoção da saúde e à construção de sociedades mais justas e saudáveis (HOLT et al., 2015).

2.4 A universidade como ambiente promotor de saúde

Universidades são espaços reconhecidos de produção de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e formação profissional, mas também são locais onde pessoas se relacionam e vivenciam diversos aspectos de suas vidas cotidianas. Devem, portanto, se

⁴ Considerando a classificação de adolescência (≤ 19 anos), conforme a OMS (WHO, 1986).

constituir em ambiente de experimentação, exploração e reflexão favorável à formação humana e à construção de sociedades mais justas (TSOUROS, 1998). Além da missão de preparar as novas gerações para o domínio de competências, conhecimentos e posturas críticas que as capacitem para o exercício profissional, deve também desenvolver independência, valores e atitudes relacionados à manutenção e promoção da vida e da saúde na dinâmica social e na vida cotidiana (BERNHEIM; CHAÚÍ, 2008).

As universidades dispõem, então, de enorme potencial para proteger a vida e promover a saúde de sua população (estudantes, docentes e demais funcionários) bem como das comunidades nas quais estão inseridas. Isso deve ocorrer por meio das atividades de gestão, ensino, pesquisa e extensão sintonizadas com a construção de ambientes, regras, conhecimentos e convivências saudáveis capazes de afetar, direta ou indiretamente, os modos de viver de toda a comunidade (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; TSOUROS, 1998; HOLT et al., 2015).

Nesse cenário, o movimento das UPS defende que as IES devam contribuir para a existência de ambientes mais saudáveis para o trabalho, o estudo e a convivência da comunidade (WHO, 2006). Isso é possível por meio da valorização da promoção da saúde em suas políticas e componentes curriculares, além de formação de alianças e parcerias comunitárias para a concretização sustentável desse projeto (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; ROCHA, 2008; TSOUROS, 1998). A universidade pode ser considerada espaço social estratégico que pode influenciar a saúde e a qualidade de vida de seus membros e a comunidade externa (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Assentado na abordagem calcada em ambientes, instituída na década de 1980 para estabelecer parâmetros em relação à gestão coletiva e organizacional da promoção da saúde nas situações reais, enfatizando características e problemas locais, o movimento das UPS é oficializado em 1996 na I Conferência Internacional de UPS, sediada na Universidade de Lancaster, Inglaterra. O movimento visa constituir padrões e configurações específicos de maneira a possibilitar o gerenciamento da promoção da saúde de modo mais explícito, palpável e eficiente, com possibilidades de replicação em várias IES (DOORIS, 2001; TSOUROS, 1998; GRASER, 2010). O comprometimento de uma UPS pode contribuir para a ampliação do conhecimento sobre saúde, e toda comunidade inserida pode, eventualmente, assumir papéis de agentes promotores de saúde (TSOUROS, 1998), onde os cursos e profissionais da área devem ser sujeitos ativos dos processos de promoção da saúde (HOLT et al., 2015).

Atualmente conta-se com inúmeras redes de UPS, desenvolvidas segundo a rede europeia, tais como a chinesa (XIANGYANG, 2003), a alemã (STOCK et al., 2010) e a Rede Ibero-Americana (ARROYO; RICE, 2009), formada por países da América Latina (incluindo

o Brasil, desde 2016), Portugal e Espanha. Existem também diversos documentos do movimento de UPS. O *Health Promoting Universities: concepts and framework for action* é referência operacional (TSOUROS, 1998); a carta de Edmonton (WHO, 2005), escrita durante a II Conferência Pan-americana de UPS e a carta de Okanagan (WHO, 2015), publicada no Canadá, são marcos conceituais e identificam os indicadores concretos para a construção do projeto (TSOUROS, 1998; WHO, 2015).

O marco conceitual global das UPS está firmemente enraizado nos princípios da saúde para todos e na premissa do desenvolvimento sustentável, nos valores declarados na Carta de Ottawa, no enfoque de ambientes saudáveis, na missão imperativa da saúde no ensino superior e da experiência com projetos em redes (TSOUROS, 1998). Para uma UPS, a missão educacional da universidade transcende a formação acadêmica e social e almeja construir uma cultura de saúde. Assume o compromisso ético de institucionalizar e incorporar a filosofia promotora de saúde ao seu cotidiano organizacional, encorajando a criação e o desenvolvimento de ambientes de trabalho, aprendizagem e convivências saudáveis, de proteção ao meio ambiente e de práticas promotoras de saúde sustentáveis (ROCHA, 2008; MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010).

Essa tomada de decisão demanda o cumprimento de exigências, tais como: existência de espaços (sociais, físicos e ambientais) adequados à promoção da saúde de alunos, funcionários, gestores e comunidade local; planejamento em conjunto das atividades de ensino, pesquisa e extensão que contemple a promoção da saúde dos sujeitos e coletividades; análises dos currículos e das condições humanas e materiais da universidade; e o fomento ao empoderamento e à participação social e outros. Além disso, deve contribuir para a formação de sujeitos ativos, interessados em refletir sobre as questões políticas, ambientais e sociais as quais, muitas vezes precisam enfrentar um *status quo* favorável ao adoecimento. Uma UPS idealiza a possibilidade nostálgica de transformação do mundo em uma realidade mais saudável, sustentável e equânime, onde todos possam viver em paz (ARROYO; RICE, 2009).

A preocupação com EV e a saúde dos universitários é uma prioridade nas metas do movimento global das UPS. Cabe à universidade estimular os estudantes a desenvolver independência e aprender habilidades para toda a vida, mediante vivências de experimentação e exploração (ROCHA, 2008; MELO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2010). A mudança de percepção sobre o conceito de saúde, entre os estudantes e nas disciplinas acadêmicas, é um dos passos cruciais em qualquer tentativa de introduzir e incentivar a promoção da saúde num projeto de universidade saudável (TSOUROS, 1998) – em especial dos futuros profissionais da saúde, que poderão desempenhar funções de importância estratégica no cenário político, econômico, social

e científico que poderão afetar positivamente a vida das pessoas (CHIESA *et al.*, 2007; HADDAD *et al.*, 2010).

Com o advento da globalização, a universidade contemporânea deve ser um terreno legítimo para o desenvolvimento de interações e aprendizados diversos, da visão crítica e de mudanças sociais, representando um espaço catalisador de tudo considerado como um sistema humano passível de aprendizado, transmissão e avaliação (BERNHEIM; CHAUI, 2008). Experiências internacionais têm demonstrado que as universidades podem oportunizar ações de promoção da saúde com participação social e intersetorial, além de poder oferecer suporte ao aprendizado e pesquisa por meio de um trabalho coletivo voltado para a resolução de problemas desafiadores do bem-estar de quem vive, trabalha visita ou busca atendimento junto à universidade (GRASE, 2011; CURIOSO *et al.* 2008).

Outros estudos nacionais e internacionais, entretanto, apontam a adoção de EV não saudáveis em parcelas significativas de estudantes dos cursos de saúde. Entre eles: inatividade física e baixos consumo de frutas (NAUHRIA, 2017), consumo de drogas lícitas e ilícitas (CAMPOS *et al.*, 2016), níveis de estresse (BARBOSA *et al.*, 2015), sedentarismo (PETRIBU; CABRAL; ARRUDA, 2009). Esses resultados revelam que a universidade não está agregando valores relacionados à capacitação dos universitários para intervir nos determinantes do seu processo saúde-doença e que novos olhares precisam ser direcionados para suas vivências na universidade (CHIESA *et al.*, 2007; HADDAD *et al.*, 2010).

Promover a saúde implica proporcionar à população condições necessárias para melhorar sua saúde e sobre ela exercer controle (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010). Interessa aqui refletir sobre o papel da universidade como ambiente de apoio que incentiva os universitários, em especial os estudantes dos cursos de saúde, a construir uma cultura de saúde e a serem beneficiários e promotores de EV saudáveis, e que possam refletir sobre a apropriação dessas práticas como um exercício consigo e com o próximo.

2.4.1 A educação superior e a formação em saúde

A Educação Superior no Brasil, de acordo com o artigo 43 da Lei nº 9.394/96, tem como finalidades: a formação profissional, o estímulo à criação cultural, o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, o incentivo à pesquisa científica, o aperfeiçoamento cultural e profissional, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, a prestação de serviços especializados à comunidade e o estímulo do entendimento do homem e do meio em que vive (BRASIL, 1996).

O engajamento dos estudantes em práticas ativas e colaborativas contribuirá para que

aprendam a lidar com essa crescente complexidade social, política, ambiental e com questões culturais a serem enfrentadas ao longo de toda a formação superior (SCHLEICH, 2006; KUH et al., 2006). Estudantes de cursos da saúde devem ser considerados importantes disseminadores dos processos de promoção da saúde nas universidades.

No Brasil, a formação tradicional em saúde tem sido orientada pelo modelo biológico e o paradigma flexneriano que, entre outros aspectos, concentra o enfoque na doença e no hospital como espaço de cura e ensino, distante das reais necessidades que emanam da população e dos novos paradigmas de promoção da saúde (MS, 2005; CHIESA et al., 2007). No modelo hegemônico, a organização curricular privilegia a recepção e a memorização em detrimento da capacidade de síntese pessoal e reflexão crítica dos estudantes. Assim se manifestam Araújo; Miranda e Brasil (2007, p.24):

O modelo biomédico tem influenciado a organização de currículos. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes interrelacionadas, e a doença representa um “desarranjo” em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques.

É importante destacar que a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº.8.080/1990 estabelecem o SUS como política balizadora da formação de recursos humanos para atuar na área de saúde, em todos os níveis de ensino, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Em atendimento a essa premissa, a maioria dos cursos de saúde que aprovou suas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos anos de 2001 e 2002 afirmou que a formação do profissional de saúde contemplava os ideais dos SUS (MELLO; MOYSÉS; MOISÉS, 2010).

No entanto, essa formação profissional tem sido marcada por notável distanciamento dos ideais sanitários da política de saúde pública, entre eles, o significado da integralidade⁵ como princípio que assevera ao usuário a garantia da atenção, incluindo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com base no conceito ampliado de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Mas, apesar da promoção da saúde ocupar lugar de pouco destaque nos cursos de graduação em saúde, não se pode ignorar que os desdobramentos da carta de Ottawa destacam a universidade como um espaço fértil para o seu florescer (MELLO, MOYSÉS; MOYSÉS, 2009).

⁵ [...] entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

O reconhecimento dessas lacunas na formação em saúde suscitou um debate por meio da articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MEC), que ganhou força e destaque na última década. Essa parceria se iniciou em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no Ministério da Saúde. Tem como objetivo motivar e propor mudanças na formação profissional, nos níveis de ensino da graduação e pós-graduação e implantar um processo de educação permanente dos trabalhadores do SUS, sendo regulamentada pela Portaria Interministerial nº. 2.118 de 03/11/2005 (BRASIL, 2004). A movimentação entre os ministérios culminou com a criação da Política Permanente de Educação em Saúde, conforme a Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. A versão atual dessa política foi aprovada pela Portaria nº 1996/GM, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2009).

A Política Permanente de Educação em Saúde é uma estratégia adotada pelo SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores na área da saúde, sintonizada com os problemas de saúde da população brasileira. Preconiza o SUS como o interlocutor estruturante dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, não somente como campo de estágio ou aprendizagem (BRASIL, 2009; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Alguns programas foram criados como estratégias de viabilização das ações dessa política: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Todos eles têm em comum a meta de identificar as reais necessidades de saúde da população brasileira, a valorização do ensino-serviço, a humanização da atenção e a ampliação da concepção e prática da integralidade (BRASIL, 2007).

O Pró-Saúde, em especial, foi criado com o objetivo de promover a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, garantindo uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica e de contribuir para as mudanças nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007). O programa culminou com reorientação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), direcionadas para os cursos de graduação da área, com a “intenção de romper com um modelo tradicional de formação biologista e introduzir o paradigma da integralidade” (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007, p.24).

Apesar de toda essa movimentação que culminou com a criação de várias políticas de formação em saúde, ainda é possível perceber que as aproximações às temáticas da saúde e da promoção da saúde, na perspectiva do ensino, têm sido marcadas por uma concepção ainda

vigente e hegemônica. Essa concepção concentra a racionalidade do olhar sobre a doença, seja na cura ou na prevenção, o que reverbera um olhar sobre as abordagens do EV, numa visão de promoção da saúde meramente preventivista e modelada por comportamentos (MELLO, MOYSÉS; MOYSÉS, 2010). De maneira complementar, a educação em saúde tem mantido suas características tecnicistas, visão fragmentada e distanciada do ser humano, num entendimento de educação em saúde que se resume à mera transferência de informações e no qual se espera que os educandos absorvam e reproduzam fielmente os conteúdos ensinados (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2009).

Considerando, todavia, que o pressuposto fundamental da educação profissional em saúde é formar profissionais críticos e reflexivos, capazes de contribuir para a transformação da realidade social e de saúde da população, é preciso refletir sobre o processo saúde-doença como eixo fundamental na organização dos currículos de formação e considerar o contexto social. Assim se posiciona Haddad *et al.* (2014, p.99):

Os processos formativos devem considerar o acelerado ritmo de evolução do conhecimento, as mudanças do processo de trabalho em saúde, as transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo em perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

E ainda, para que as mudanças na formação em saúde se efetivem na prática, é necessário pensar o processo ensino-aprendizagem como um compromisso histórico, no qual a educação é uma ferramenta de libertação, cidadania e autonomia de um povo e o conhecimento é produto de múltiplas competências e saberes cognitivos, socioculturais e afetivos interdependentes, ultrapassando a lógica da racionalidade cognitivo-instrumental.

É preciso ainda compreender a interdisciplinaridade como uma metodologia que pesquisa um olhar para além da busca de conexões entre as disciplinas, da relação entre os membros da comunidade universitária e dos serviços em saúde. É, sim, como uma tomada de consciência dos vários problemas sociais imbricados nas relações com a saúde, a promoção da saúde e o estilo de vida dos indivíduos e das populações. Isso requer envolvimento de outros campos de conhecimento para aperfeiçoar a compreensão, a análise e a competência de intervenção nos problemas sociais identificados, indicando uma atitude interdisciplinar (MORIN, 2014). Nesse sentido (MELLO; MOYSÉS, MOYSÉS, 2010, p.6) também asseguram o seguinte:

De fato, não parece possível produzir a mudança pretendida sem interferir simultaneamente no mundo da formação e no mundo do trabalho. A agenda dos processos de mudança vai se tornando mais complexa na medida em que as diferentes experiências se materializam para além dos discursos e possibilitam uma compreensão mais abrangente e sistemática sobre a natureza

da mudança, suas implicações, as relações entre a formação e a organização do trabalho em saúde.

As mudanças são necessárias. No entanto, deve-se admitir que elas envolvem conflitos de interesses políticos, econômicos e sociais e implicam a resolução de conflitos filosófico e de valores. O grande desafio é fazer com que as instituições formadoras, as instituições prestadoras de serviços, os gestores, os professores, técnicos e estudantes envolvidos nos processos de formação profissional em saúde compreendam a doença e a saúde em um enfoque ampliado; que engloba os determinantes biológicos, os recursos sociais, a subjetividade das pessoas e que as estratégias de promoção da saúde devem privilegiar o empoderamento dos sujeitos, possibilitando-lhes agir como copartícipes na construção social da saúde e de sua qualidade de vida (SANTOS, WESTPHAL, 1999; CHIESA et al., 2007).

3. DADOS EMPÍRICOS SOBRE O ESTILO DE VIDA E A SAÚDE DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE SAÚDE

Ao conduzir uma busca na internet sobre o tema do EV de estudantes universitários nos deparamos com mais de 70 mil estudos. A inserção do termo saúde baixou resultados em torno de 50 mil publicações, indicando que o tema vem sendo bastante abordado pela literatura científica. Não se trata de uma revisão sistemática, e sim de uma revisão inicial empreendida com o objetivo de explorar os comportamentos de saúde dos estudantes universitários dos cursos da saúde. Para tanto, foram selecionados alguns artigos relevantes que podem representar os achados mais recorrentes sobre o tema.

A busca foi conduzida por meio de consulta em bases indexadas: Periódico Capes, Google Acadêmico, PubMed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e documentos específicos disponíveis na internet (literatura cinza). Como descritores, foram utilizados: **saúde OR promoção da saúde OR universidade promotora de saúde, AND estilo de vida, AND universitários OR estudantes** – em português e em inglês. Os resultados foram limitados às publicações de artigos científicos disponíveis na íntegra online a partir do ano de 2010. Apresentamos a seguir a síntese de alguns estudos internacionais e uma revisão mais aprofundada dos estudos que investigaram a temática no Brasil.

No México foi realizado um estudo populacional com uma amostra de 995 estudantes dos cursos de saúde (Bacharelado em Enfermagem e Obstetrícia, Medicina, Ciências da Atividade Física e Saúde, Promoção da saúde, Psicologia e Nutrição), com o objetivo de descrever os comportamentos de risco dessa população. A coleta de dados se deu por meio de um levantamento desenvolvido com 14 itens na escala de Likert inerentes à prática da AF: o consumo de frutas e vegetais frescos, o número de refeições por dia, a ingestão de açúcar, água e bebidas energéticas, o consumo de cigarros e álcool, o nível de estresse e horas diárias de sono. Os resultados apontaram que a maioria (69%) dos estudantes são do sexo feminino, com idade média de 20,1 anos. Em relação aos comportamentos de saúde, 29% não relataram a prática de nenhum exercício físico; 51% consomem cinco frutas e vegetais quatro vezes/semana ou mais; 30% bebem dois litros de água/dia; 82% não fumam; 55% não bebem álcool e 90% não usam drogas; 72% declararam dormir mais de sete horas por dia apenas três vezes/semana ou menos. O estresse foi mencionado por apenas 2%. Os autores concluíram que os estudantes de saúde não possuem um EV saudável (REYNAGA-ORNELAS et al., 2015).

Ramírez-Sánchez, Israel *et al.* (2013), também no México, desenvolveram um estudo transversal com uma amostra de conveniência de 5.745 estudantes das áreas médico-biológica de cinco faculdades. O objetivo foi verificar se os estudantes tinham um EV mais saudável, ou

seja, melhores atitudes de prevenção de doenças crônico-degenerativas do que o restante da população. Foram coletados dados por meio de um questionário que versava sobre os antecedentes familiares de hipertensão arterial, diabetes e obesidade, tabagismo pessoal e hábitos relacionados ao consumo de bebidas alcóolicas, prática de exercício físico, e algumas características do seu comportamento alimentar. Os resultados revelaram que 23,4% dos participantes estavam com sobrepeso, 10% obesos e a maioria declarou ser sedentário. A obesidade dos pais foi o fator de risco mais comum, seguido de beber socialmente e tabagismo. Os estudantes relataram alto consumo de alimentos de origem animal, cereais industrializados e refrigerantes; em oposição, baixo consumo de vegetais e frutas. Os autores concluíram que os hábitos relatados pelos acadêmicos não diferiam daqueles observados na população em geral. Foi possível inferir que a educação biomédica não é eficiente para encorajar os estudantes de ciências da saúde a adotarem um EV saudável.

Galvis; Parra; Ortega (2015) realizaram estudo com 120 estudantes do curso de Enfermagem de uma universidade pública da Colômbia, com o objetivo de identificar comportamentos-chave que compõem os EV dos acadêmicos. Para a coleta de dados do EV, foi utilizada a versão do Questionário de Estilos de Vida em Jóvenes Universitarios, instrumento que avalia oito dimensões relacionadas aos hábitos dessa população. Os resultados apontaram que a maioria dos estudantes do curso são do sexo feminino, com média de 20 anos de idade. Em relação ao EV, os autores concluíram que a maioria dos estudantes pesquisados têm práticas saudáveis, exceto para as dimensões da atividade física e tempo de lazer, considerando-se que 51% dos entrevistados apresentavam EV sedentário.

Outro estudo desenvolvido na Colômbia, com uma amostra de 205 estudantes, conduziu uma investigação para identificar e descrever o EV dos estudantes universitários de uma faculdade de Odontologia da cidade de Cali. Na coleta de dados foi utilizado o Questionário de Estilos de Vida em Jóvenes Universitarios (CEVJU-R), que avalia oito dimensões de EV: atividade física, lazer, nutrição, álcool, cigarros e drogas ilegais, sono, habilidades interpessoais, de enfrentamento e estado emocional percebido. Os resultados revelaram a prática de atividade física como o comportamento mais saudável (indicador: 30,8%). A comparação por sexo mostrou que as mulheres adotam essa prática mais do que os homens, no entanto, elas têm práticas de maior risco no consumo de álcool, cigarros e drogas ilícitas e nutrição. Os alunos mais velhos dedicam tempo maior ao lazer saudável. Estudantes que trabalham e estudam e que são casados têm práticas de alimentação e estado emocional saudável. Os estudantes casados também apresentaram melhores hábitos de saúde no consumo de álcool, cigarros, drogas ilícitas e comportamento de sono (TAMAYO et al., 2015).

Nos Estados Unidos foi realizado um estudo multicêntrico, com uma amostra de 2.118 estudantes de sete escolas de Medicina da cidade de Turkey, localizada no estado da Carolina do Norte, com o objetivo de determinar os preditores do EV e saúde. Para a coleta de dados, foram utilizados um questionário demográfico e o questionário *Health Promoting Lifestyle Profile II* (HPLP). Os resultados mostraram que a idade média dos estudantes era de $20,7 \pm 2,9$ anos, sendo 55,1% do sexo masculino e 62,3% estavam no primeiro ano do curso. A prevalência de tabagismo foi de 19,1% e o consumo de álcool 19,4%. Os estudantes atingiram maiores pontuações na sub-escala referente ao crescimento espiritual ($2,9 \pm 0,5$), relações interpessoais ($2,8 \pm 0,5$), responsabilidade de saúde ($2,3 \pm 0,5$), nutrição ($2,3 \pm 0,5$), gerenciamento de estresse ($2,3 \pm 0,4$). A atividade física foi o domínio com menores valores de pontuação ($2,0 \pm 0,5$). Os autores concluíram que a nota do aluno, nível educacional dos pais, situação econômica da família, estado civil, tabagismo e percepção geral de saúde dos alunos resultou em uma diferença significativa na média de pontuação total da escala do HPLP e o escore médio de maioria dos domínios. Os dados também revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa entre o HPLP total, quando comparado por sexo, doença crônica, consumo de álcool e IMC. Os autores recomendaram que fossem reforçados nos currículos de Medicina questões de promoção da saúde, destacando a atividade física como comportamento positivo de saúde (NACAR, MELIS et al., 2014).

Foi desenvolvido um estudo transversal na Universidade do Alicante, Espanha, com 184 universitários dos cursos de Nutrição Humana e Dietética (96) e Enfermagem (88) com o objetivo de avaliar os hábitos alimentares dos estudantes. Os resultados evidenciaram que, embora as prevalências de sobrepeso e obesidade sejam menores do que as prevalências da população em geral, houve desequilíbrios na dieta alimentar dos estudantes, haja vista que o consumo de macronutrientes não atende às recomendações, e que existem deficiências na ingestão de micronutrientes. A comparação por curso não apontou diferenças significativas nos hábitos alimentares dos estudantes (RIZO-BAEZA; GONZÁLEZ-BRAUER; CORTÉS, 2014).

No que se refere aos dados de estudos desenvolvidos no Brasil⁶(APÊNDICE A) conduzimos uma revisão de literatura sobre o EV de universitários de cursos da saúde no Brasil com base em artigos científicos publicados entre os anos de 2010 a 2016. A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados PubMed, Medline, Lilacs (Biblioteca Virtual em Saúde), Scielo e Google Scholar, com os descritores: “estilo de vida; ciências da saúde; estudantes; e/ou

⁶ Resumo expandido apresentado no XX Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte (COMBRACE, 2017).

universitários” em português e inglês. Adicionalmente, as referências bibliográficas dos estudos encontrados foram pesquisadas para localizar outros artigos sobre o tema.

De 98 resultados inicialmente disponíveis, onze estudos foram selecionados por atender aos critérios de inclusão: ser artigo científico disponível na íntegra online; ter amostra de universitários de cursos da saúde conforme a Resolução 287/1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1998)⁷; e pesquisar o EV como uma variável de constructo, contemplando mais de um indicador. Foram excluídos estudos que abordavam apenas uma dimensão do EV (e.g.: Atividade Física associada a doenças cardiovasculares) também e aqueles que incluíram amostras de outros cursos, mas não apresentaram os resultados estratificados para a área da saúde. As características amostrais e metodológicas dos estudos (Quadro 1) e seus principais objetivos, resultados e conclusões (Quadro 2) foram tabulados em ordem crescente do ano de publicação e a seguir, em ordem alfabética.

Os dados mostram que no Brasil, em geral os estudos avaliaram o EV global por meio de metodologias quantitativas e transversais com o uso de questionários, principalmente o Questionário Estilo de Vida Fantástico, instrumento validado no Brasil por Rodrigo Anez; Pires; Petroski (2008). As análises realizadas envolviam associação do EV com indicadores de saúde (como sobrepeso e pressão arterial) e comparando homens e mulheres e ingressantes e concluintes. A maior parte dos estudos (~60%) foi desenvolvida com estudantes de apenas um curso, principalmente Educação Física, mas também Medicina e Enfermagem. Alguns estudos tiveram amostra de estudantes de dois a quatro cursos diferentes na área da saúde. Quanto às abordagens metodológicas, todos foram predominantemente quantitativos.

Em síntese, nos últimos anos as publicações sobre o EV dos universitários dos cursos de saúde revelam hegemonicamente um olhar que associa comportamentos individuais aos riscos de adoecimento. Tais estudos apontam diversos aspectos do EV que não são promotores da saúde, com especial destaque para o domínio da atividade física, alimentação e consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Apesar de reconhecerem a influência das condições de vida sobre EV e a saúde, poucos estudos abordaram aspectos e contextos sociais que podem estar influenciando o EV dos estudantes. A maioria concentra a racionalidade do olhar sobre a doença, seja na cura ou na prevenção, demonstrando uma visão sobre a promoção da saúde modelada por comportamentos considerados não saudáveis, ligados ao disciplinamento da vida

⁷ Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998 – Relaciona as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

social e do controle social (CARVALHO; CECCIM, 2006).

De modo complementar, embora apontem o papel relevante dos futuros profissionais de saúde na disseminação de comportamentos mais saudáveis, os estudos não avançam no sentido da apropriação dessas práticas promotoras de saúde como um exercício consigo e com o próximo. Faltam também estudos que apresentem olhares e abordagens inovadoras capazes de contribuir para a discussão sobre ambientes, práticas e políticas universitárias promotoras de saúde e de hábitos saudáveis, consoante os referenciais de UPS. Por fim, identifica-se carência de pesquisas onde seja analisado o EV com base nas percepções dos estudantes, apoiados por metodologias qualitativas e referenciais de EV fundamentados nas ciências sociais, de acordo com a origem do termo.

Quadro 1 Características amostrais e metodológicas dos artigos

Nº	Autor, ano	Tipo de IES; Local; Região	Amostra (N) total e por sexo	Cursos	Instrumentos
01	Paixão, Dias, Prado, 2010	Pública Recife Nordeste	253 M=51 F=102	-Educação Física -Ciências Biológicas -Enfermagem -Medicina -Odontologia	- QSB - Auto relato de atividade física e hábito alimentar
02	Alves, 2011	Particular Maringá Sul	192 M=39 F=153	-Enfermagem	- Q autoaplicável (n.e.)
03	Almeida et al., 2011	Pública Pouso Alegre Sudeste	425 M=271 F=154	- Biológicas - Humanas - Exatas	- Q autoaplicável (n.e.)
04	Leite, Santos, 2011	Pública São Caetano do Sul Sudeste	244 M=66 F=178	-Escola de Saúde (n.e.)	- QEVF
05	Rechenchosy, et al., 2012	Pública Goiânia Centro-Oeste	81 (n.e.)	-Educação Física	- QSB
06	Silva et al., 2012	Pública Sergipe Nordeste	217 M=119 F= 98	-Bacharelado e Licenciatura em Educação Física	- QEVF
07	Souza et al., 2012	Pública Botucatu Sudeste	F=112	-Nutrição -Enfermagem -Biologia -Biomedicina	-Entrevista -Inquérito nutricional -Antropometria - bioimpedância elétrica
08	Silva, 2012	Pública Sergipe Nordeste	217 M=119 F=98	Bacharelado e Licenciatura em Educação Física	- QEVF
09	Barbosa et al., 2015	Pública Vitória Sul	482 M=208 F=274	-Medicina	- QEVF - Q estresse e risco cardiovascular
10	Vargas et al., 2015	Pública Ponta Grossa Sul	189 M=96 F=93	-Licenciatura em Educação Física (EAD)	- QEVF
11	De Sousa, Borges, 2016	Pública Amazonas Norte	51 M=7 F=34	-Enfermagem	- QEVF - IPAQ

Quadro 2 Principais objetivos e resultados dos artigos

Nº	Objetivos	Principais
01	Avaliar AF, hábitos alimentares e estado nutricional	-Alunos de Educação Física foram mais ativos (51,6%) e de Medicina (8,8%) menos ativos; -Homens foram mais ativos que Mulheres; -71,5% apresentaram adequação no consumo de frutas e verduras, sem diferenças entre cursos; -41% relataram consumo de doces e 24% de refrigerantes, principalmente mulheres.
02	Analisar AF, hábitos alimentares, padrão de sono/repouso, e uso de tabaco e álcool	-54,2% não praticava AF; -42,8% relatou padrão alimentar inadequado; -57,8% dormiam menos de sete horas/dia; -9,9% eram fumantes; -27,1% consumiam álcool.
03	Avaliar o perfil social, EV, tabagismo e álcool	- Associação entre tabagismo (7,8%) e consumo de álcool (51,7%); -52,1% não praticam AF
04	Avaliar o EV e sua relação com níveis pressóricos	-92% tem EV muito bom; -Diferenças significativas entre sexos para AF, nutrição e introspecção; -Não houve correlação entre EV e pressão arterial.
05	Descrever e comparar o EV de calouros e formandos	- 21% com EV positivo, 77,8% com EV regular e 1,2% com EV negativo; -EV regular na nutrição (58,0%), comportamento preventivo (48,1%), e controle do stress (42,0%); -EV positivo na AF (54,3%) e relacionamento social (66,7%).
06	Analisar o EV e fatores associados	- 96,7% apresentou EV adequado; - 57,4% tinha AF inadequada e alimentação inadequada (41,9%) -50,7% sentiam-se frequentemente com raiva e hostis; - Excesso no consumo de álcool.
07	Avaliar o consumo alimentar e EV	-83% eram eutróficos; 31,2% sedentários; -2,7% fumam e 1,8% consomem álcool. -Mulheres que praticam AF tem menor % de gordura.
08	Determinar indicadores do EV associados à autoavaliação de saúde	-20% avaliam sua saúde como negativa; -saúde negativa associada à alimentação inadequada (29,7%); problemas no sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo inseguro (55,6%); comportamento diário inadequado (26,4%) e introspecção (37,5%).
09	Avaliar o EV, estresse e fatores de risco cardiovascular	-EV bom e muito bom, sem diferença por sexo; -9,2% no meio do curso apresentam EV inadequado; -AF apresentou menor pontuação dos domínios; -34,9% de estresse nos alunos de 5º ao 8º período e 30,7% nos do 9º ao 12º período.
10	Classificação do EV e a relação com os domínios	-4,2% apresentou EV inadequado; -50,8% não atenderam recomendações de AF; -27,5% tem alimentação inadequada; -29,1% se sentem frequentemente com raiva e hostis ou apresentam problemas de introspecção; -EV inadequado associado a aspectos afetivos (família), psicológico ou emocional (estresse/satisfação) e trabalho.
11	Verificar a associação entre EV, nível de AF e desempenho acadêmico	-7,8% apresentou EV inadequado; -74,5% foram considerados ativos fisicamente; -Não houve diferença entre EV e nível de AF - Não houve diferenças entre calouros e formandos.

4 O CENÁRIO E OS ATORES

A Educação é o ponto em que decidimos se amamos o mundo o bastante para assumirmos a responsabilidade por ele” (Hannah Arendt).

“

4.1 contextualizando o estudante universitário brasileiro

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) mostram que 15,3% da população brasileira de 25 anos ou mais possuem o ensino superior completo. As regiões Centro-Oeste (17,4%) e Sudeste (18,6%) apresentam as maiores proporções de pessoas com nível superior completo, enquanto as regiões Norte e Nordeste possuem as menores, 11,1% e 9,9%, respectivamente. Em relação ao sexo, 16,9% das mulheres e 13,5% dos homens possuem nível superior completo. Na análise da raça/cor da pele ocorreu situação inversa quando comparadas as pessoas que tinham curso superior completo e aquelas que não tinham instrução. Enquanto 7,3% das brancas não tinham instrução, 14,7% das pretas ou pardas estavam nesse grupo. Não obstante, 22,2% das pessoas brancas não haviam cursado curso superior completo, enquanto a proporção entre as pretas ou pardas era de 8,8% (PNAD, 2016).

O último Censo da Educação Superior, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2018), revelou um total de 8.052.254 alunos matriculados em 34.366 cursos de graduação, de 2.407 IES existentes no Brasil. As 197 universidades existentes no país equivalem a 8,2% do total de IES, mas concentram 53,7% das matrículas em cursos de graduação. A maioria (69,0%) das matrículas está concentrada nos cursos de bacharelado, enquanto os cursos de licenciatura apresentaram o maior crescimento (3,3%) entre os graus acadêmicos em 2016, quando comparados aos dados de 2015.

Na análise de distribuição do total de estudantes matriculados em 2016, os dados mostram que 1.990.078 estavam em IES públicas, seja na esfera federal, estadual ou municipal, enquanto a maioria (6.058.623) se concentrava nas instituições privadas. Esses dados revelam aumento nas matrículas da rede pública (1,9%) e uma leve (0,3%) queda no número de matrículas na rede privada nos últimos 25 anos (INEP, 2018). As IES federais se consolidam como a maior rede pública, com um total de 1.249.324 estudantes, correspondente a mais de 62,0% das matrículas. A rede federal é composta por 63 universidades federais, 40 institutos federais e quatro faculdades, uma ligada ao Ministério da Educação (MEC) e três vinculadas a outros ministérios (INEP, 2018).

A pesquisa do INEP também mostrou que os cursos de graduação em Engenharia de Produção, Arquitetura e urbanismo, Formação de professor de Educação Física, Psicologia,

Enfermagem, Ciências Contábeis, Engenharia Civil, Pedagogia, Administração e Direito estão entre os dez com maior número de estudantes (51,0%) matriculados no Brasil (INEP, 2018). Em relação ao perfil dos estudantes, a idade média dos matriculados é 21 anos e em geral os brasileiros ingressam em cursos de graduação presencial com 18 anos de idade e concluem com 23 anos (INEP, 2015).

Os resultados da pesquisa anterior mostram que a proporção de estudantes pertencentes ao quinto mais pobre da população, com renda per capita média de R\$ 192,00 era 1,2% em 2004 e chegou a 7,6% dos alunos de IES públicas em 2014. Somando-se a isso, a análise dos aspectos demográficos indica participação predominantemente feminina nas três situações: ingressos (56,1%), matrículas (57,2%) e concluintes (60,6%). As concentrações mais altas estão nas áreas de Educação, Saúde e Bem-Estar Social e Serviços. Vale destacar que os estudantes brancos e da parcela mais rica da população ainda são maioria nas universidades do país (INEP, 2015).

Os dados da PNAD contínua corroboram expansão da educação superior no Brasil entre os anos de 2006 e 2016, com aumento de 62,8% na matrícula e média anual de 5% de crescimento. Entretanto, em relação a 2015, a variação positiva foi de apenas 0,2% (PNAD, 2017). O investimento em políticas de acesso à educação superior, implantadas no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, como a criação do Programa Universidade para Todos (PROUNI), em 2005, e a reformulação do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES), em 2010; contribuíram para abrandar as desigualdades na trajetória de formação dos estudantes, à medida que têm permitido ao sistema educacional operar de forma mais equitativa o processo seletivo de ingresso na universidade (IBGE, 2015).

Em relação ao perfil dos estudantes das universidades federais, os dados da IV Pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação revelaram que, do total de 1 milhão de estudantes matriculados, 66,19% têm origem em famílias com renda média de 1,5 salário mínimo; 52,4% são mulheres; 47,57% de autodeclarados pretos e pardos; 60,16% são oriundos de escolas públicas; 86% são solteiros. As informações sociodemográficas também registram que a idade média dos estudantes é de 24,5 anos, com a maioria na faixa etária de 20 a 24 anos (51,92%), de raça/cor da pele branca (46,7%). Em relação a raça/cor da pele, é válido mencionar que houve mudança significativa no ingresso da população preta e parda entre os períodos de 1996 e 2014, de um percentual de 44% para 53%. A mudança parece estar mais relacionada ao movimento de reinterpretação do processo de autodeclaração, explicitado pelo fato de alguns estudantes se autodeclararem brancos em decorrência do racismo mascarado presente na sociedade brasileira (FONAPRACE, 2016).

A região Centro-Oeste, onde se localizam os participantes dessa pesquisa, concentra o menor número (10,59%) de alunos matriculados e possui uma maior razão estudantes/IES federal (19.899). A região apresenta 4.744 matrículas a mais do que o esperado em suas quatro IES, considerando a média nacional (15.155). A razão/estudante é resultante do número de estudantes de graduação e número de IES em cada região e evidencia as demandas e a cobertura disponíveis por região. Em relação às características sociodemográficas dos graduandos, 10,64% e 10,34 pertencentes às faixas etárias de 18 a 24 anos e 25 anos a mais; as mulheres ocupam a maioria (53%) em relação aos homens (47%); os brancos (42%) e pardos (40%) ocupam quase a mesma proporção; 86,16% são solteiros; 52,95 moram com os pais; 26,7% e 18,8% têm mães e pais com escolaridade de nível médio e superior, respectivamente; 43,03% dos homens têm trabalho remunerado; com a maior renda familiar per capita média (R\$ 1.132,70) entre as regiões do Brasil (FONAPRACE, 2016).

Em relação às mudanças no perfil dos estudantes das universidades federais, o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), também implantado no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2008, foi um marco importante na retomada do processo de crescimento dessas IES, pois ampliou o acesso à universidade pública federal e garantiu a interiorização do ensino superior federal público. O Programa Universidade para Todos (PROUNI) é subsidiado pelo Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e pelo Sistema de Seleção Unificada. Este último é o sistema informatizado, gerenciado pelo MEC, por meio do qual as IES públicas oferecem vagas a candidatos participantes do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) (FONAPRACE, 2011). Esses programas e a Lei de Cotas nº12.711/2012 permitiram mais mobilidade territorial e justiça social e étnico-racial no ingresso dos estudantes (FONAPRACE, 2016).

Com a implantação da Política Nacional de Juventude, constatou-se aumento no número de jovens no ensino superior além da ampliação das condições de permanência e conclusão de curso. No entanto, as universidades federais carecem de recursos para investir em políticas destinadas a contribuir para o desenvolvimento psicossocial da juventude universitária (FONAPRACE, 2016; SOARES; ALMEIDA, 2003).

O PNAES é um programa formulado pelo Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE), criado no final da década dos anos 1990, com algumas finalidades: ampliar as condições de permanência e conclusão de curso dos jovens na educação superior pública federal, minimizar os efeitos das desigualdades sociais e regionais, reduzir a retenção e a evasão e promover a inclusão social pela educação. As ações prioritárias

do PNAES recaem sobre os estudantes oriundos da rede pública de educação básica ou aqueles cuja renda familiar *per capita* é de até um salário mínimo e meio. A atenção à saúde, cultura e à alimentação do estudante estão previstas nas metas do programa (FONAPRACE, 2011).

Essas mudanças ocorridas no ingresso das IES são indicativos de melhoria nas políticas de equidade de acesso ao ensino superior. A heterogeneidade, contudo, postula novos esforços para lidar com o atual perfil dos estudantes. Em particular nas universidades federais, seria imprescindível a transformação do PNAES em política de Estado, garantindo assim tranquilidade para lidar com as emergentes demandas (FONAPRACE, 2016). Para além da expansão do ensino superior, que garante a qualificação dos brasileiros, é vital que o conjunto de práticas e escolhas resultantes no EV dos estudantes ao longo do percurso universitário possa contribuir para sua saúde e qualidade de vida.

4.2 O contexto da Universidade de Brasília (UnB)

O Distrito Federal (DF) é uma unidade atípica da federação brasileira (não é estado e nem possui municípios) e tem uma área territorial autônoma de 5.780 km². É formado por 31 regiões administrativas, sendo Brasília, a Região Administrativa I, a capital federal do Brasil e sede do governo do Distrito Federal (Figura 5). O Plano Piloto (Brasília), com o formato de um avião, engloba a Asa Norte e a Asa Sul, o Eixo monumental, a Esplanada dos ministérios, o Setor de embaixadas sul e norte e sedia o governo do DF e os três poderes da República: Executivo, Legislativo e Judiciário.

A constituição do DF foi marcada pela construção da cidade de Brasília, idealizada por Juscelino Kubitschek de Oliveira, presidente da República do Brasil (1956-1961), com o objetivo de transferir a capital do Rio de Janeiro para o centro do país. A nova capital foi inaugurada no dia 21 de abril de 1960. Sua construção se caracterizou por intensos processos migratórios de operários, denominados candangos, vindos de vários pontos do Brasil, mobilizados para a execução do grandioso empreendimento histórico. O grande fluxo de operários nas obras impulsionou o nascimento de vários povoados no entorno, principalmente a Cidade Livre, depois denominada Núcleo Bandeirante (MORELLI, 2002).

Figura 2 - O Distrito Federal e suas 31 Regiões Administrativas



Fonte: *Google Maps* (<https://www.google.com.br/maps/>).

A construção de Brasília foi planejada, desde o início, por meio de um projeto inovador de Lúcio Costa na forma de cruz (um Plano Piloto) e com setores específicos destinados a facilitar a concentração de empresas de um mesmo segmento. Entre eles: setor bancário, setor comercial, setor hospitalar, setor de diversões, setor de autarquias, setor de clubes, setor de embaixadas, áreas residenciais e comerciais locais. O Plano Piloto previa a criação de cidades-satélites para a acomodação da população excedente, porém os vários acampamentos irregulares no entorno se tornaram cidades permanentes, como Brazlândia, Candangolândia, Paranoá e Planaltina.

Atualmente o DF é o centro político do país, com uma população aproximada de 3 milhões de habitantes, ocupando a sétima posição nas análises do Produto Interno Bruto do Brasil (IBGE, 2014). Sua economia é baseada na construção civil e varejo, na agricultura e pecuária, além das funções administrativas e de funcionalismo público desenvolvidas na capital federal (DF, 2010). O DF também abriga a maior proporção da população com rendimentos acima de cinco salários mínimos em comparação com a população brasileira (PNAD, 2013). Todavia, existe uma concentração de pessoas muito ricas em seu centro e muito pobres na periferia, expondo uma das faces cruéis da exclusão social e da iniquidade (CODEPLAN, 2014).

As regiões administrativas do DF, apesar de possuírem certa autonomia administrativa e de contar com comércio local, dependem de Brasília para grande parte de suas atividades

econômicas, sociais e de serviços públicos. Essa característica faz com que as diversas classes sociais convivam regularmente no mesmo espaço central, o Plano Piloto, em busca de serviços e de atividades com melhor remuneração e que configuram mais oportunidades (CODEPLAN, 2014).

A delimitação territorial e estratificação de classes sociais geram condições de vida desfavoráveis à promoção da saúde, incluindo transporte, saneamento, qualidade habitacional, engenharia urbana e disponibilidade ou acesso a alimentos e serviços básicos, haja vista a desigualdade social historicamente observada entre as populações mais ricas e as mais pobres. Uma das marcas fortes dessa desigualdade está relacionada aos altos índices de criminalidade nas regiões do entorno do DF, herança do crescimento desordenado, ainda que assentado em núcleos urbanos planejados (BRASÍLIA, 2016).

Na área educacional, o DF possui os melhores índices de escolaridade do país, com uma taxa de alfabetização de 95,8% (CODEPLAN, 2013). Em relação ao ensino superior, o DF é constituído, em sua maioria, por IES privadas. Os dados recentes do MEC apontam a existência de 70 IES, sendo duas públicas federais, duas instituições públicas estaduais, 29 instituições privadas sem fins lucrativos e 37 IES de âmbito privado (INEP, 2015).

A Universidade de Brasília (UnB) é a única instituição pública federal do DF e a melhor IES da região Centro-Oeste. Idealizada e fundada pelo antropólogo Darcy Ribeiro – seu primeiro reitor –, a UnB teve sua criação sancionada pela Lei n. 3.998, de 15 de dezembro de 1961, pelo então presidente da República João Goulart, tendo sido inaugurada no dia 21 de abril de 1962. Darcy almejava uma instituição comprometida com as transformações da sociedade que pudesse suplantar o modelo tradicional das universidades fundadas na década de 1930. A UnB foi a primeira universidade do Brasil a ser dividida em institutos centrais e faculdades, com a criação de cursos-tronco nos quais os alunos obtinham a formação básica e, após dois anos, seguiam para os institutos e faculdades (UnB, 2016).

A UnB é uma IES ampla, dinâmica e multidimensional, comprometida com a formação profissional em nível superior, com a construção e disseminação do conhecimento e a transformação social. De acordo com o atual Plano de Desenvolvimento Institucional da UnB para o período de 2014 a 2017, a instituição tem como missão:

Ser uma instituição inovadora, comprometida com a excelência acadêmica, científica e tecnológica formando cidadãos conscientes do seu papel transformador na sociedade, respeitadas a ética e a valorização de identidades e culturas com responsabilidade social (UnB, 2015).

Para cumprir sua missão, ampara-se no princípio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, buscando oferecer à comunidade acadêmica oportunidades educativas, científicas, sociais, culturais e políticas que buscam promover a formação integral e cidadã dos estudantes. Para tanto, essa IES se dedica à criação de múltiplos e diferentes espaços de aprendizagem como forma de estimular o debate e a reflexão por parte de toda a comunidade acadêmica (UnB, 2016).

A UnB é composta pelo campus Universitário Darcy Ribeiro, situado no Plano Piloto e pelos campi de Planaltina, Gama e Ceilândia, construídos fora do Plano Piloto, com o propósito de contribuir para a democratização da oferta de vagas no ensino superior público e gratuito no DF e nas cidades do entorno (UnB, 2016). Dados recentes mostram que essa IES tem uma comunidade acadêmica aproximada de 50 mil pessoas, composta por 36.916 alunos de graduação, 8.253 alunos de pós-graduação, aproximadamente 2.703 docentes e 3.077 servidores técnico-administrativos. Além dos cursos presenciais também são ofertados cursos e programas de formação superior a distância dentro do Programa Universidade Aberta do Brasil. Do total de alunos matriculados nos cursos de graduação, 31.500 pertencem ao Campus Darcy Ribeiro (BRASIL, 2016).

O campus é a unidade central da UnB, situado na Asa Norte de Brasília, com uma área total de 3,95 milhões de metros quadrados (395 ha) e 513.767 metros quadrados de área construída (Figura 2). É formado por 26 institutos e faculdades e 21 centros de pesquisa. Possui atualmente cerca de 440 laboratórios, 21 centros, sete decanatos, seis órgãos complementares (biblioteca central, centro de informática, editora Universidade de Brasília, fazenda Água Limpa, UnBTV e o Hospital Universitário de Brasília), seis secretarias e um hospital veterinário com duas unidades, sendo uma de pequeno e outra de grande porte. No espaço físico da UnB, a comunidade dispõe de uma estrutura integrada por bancos, agência dos Correios, posto de combustível, lojas de conveniência, barbearia, sapataria, papelarias, fotocopiadoras, livrarias, restaurantes e lanchonetes.

No tocante às políticas institucionais de apoio aos estudantes, os dados da gestão de 2015 revelam que 8.629 universitários foram beneficiados pelos programas de assistência estudantil. Entre esses, 4.816 tiveram acesso às refeições gratuitas nos restaurantes universitários, 2.259 receberam uma bolsa de R\$ 465,00 de auxílio socioeconômico, 1.221 foram selecionados para o Programa Moradia Estudantil com vagas na casa do estudante universitário e auxílio moradia, e 333 estudantes receberam auxílio emergencial de uma bolsa de 465,00, haja vista o diagnóstico de situação momentânea de dificuldades financeiras (UnB, 2015).

Figura 3 O Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília



Fonte: *Google Maps* (<https://www.google.com.br/maps/>).

É oportuno ressaltar o pioneirismo da UnB entre as universidades públicas federais, pois foi a primeira a adotar a política de ação afirmativa de cotas raciais, e também a primeira IES a reconhecer que fomentar o acesso ao ensino superior era insuficiente para reverter o grau de exclusão de negros e indígenas na universidade (FILICE; SANTOS, 2010).

Ao longo dos seus 56 anos de história, a instituição tem contribuído para o desenvolvimento da região Centro-Oeste por meio da formação de profissionais, do desenvolvimento de pesquisas de qualidade e da disseminação do conhecimento pelo DF e pelo mundo. De acordo com os gestores da IES, alguns fatores podem ser enfatizados como pontos positivos do seu sucesso, entre eles, a localização geográfica privilegiada junto ao centro do poder e ao centro do país, a boa imagem institucional, a credibilidade conquistada ao longo do tempo e a inovação no ingresso e políticas de inclusão. Alguns aspectos, no entanto, ainda merecem atenção especial, como a redução das taxas de evasão e retenção dos alunos, a ampliação do processo de internacionalização e a melhoria da infraestrutura (UnB, 2015).

4.2.1 A Faculdade de Ciências da saúde

A Faculdade de Ciências da Saúde (FS) está engajada num processo de construção de um projeto de universidade saudável denominado Programa FS Promotora de Saúde. Para tanto, foi feita consulta ao público da faculdade com o objetivo de diagnosticar os aspectos que precisariam ser melhorados para que a FS atendesse aos requisitos propostos pelas UPS's. O

passo seguinte foi a realização do I Seminário Internacional FS Promotora de Saúde, em dezembro de 2014, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde. O evento contou com a participação de palestrantes internacionais da Colômbia, Equador e Costa Rica que relataram a experiências de estratégias de promoção da saúde desenvolvidas em suas universidades (MOURA; SANTOS, 2018).

Nessa perspectiva da FS Promotora de Saúde, foram implantados inúmeros projetos ou ações como: Plante um Livro no Jardim da FS – a leitura alimenta a alma; intensificação das atividades da Comunica FS; criação do espaço Cora Coralina; recriação dos espaços físicos para uso dos alunos, incluindo uso de materiais reciclados; finalização de contrato com a cantina que servia lanches não saudáveis; instituição de um Ponto de Encontro Comunitário no espaço da faculdade, e mudança do ambiente de forma a reforçar princípios da Promoção de Saúde, com alterações nos nomes de auditórios (COMUNICA FS, 2016).

Também foi estabelecida uma Rede de Cultura de Paz e Não Violência, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Criou-se assim uma agenda para debate do tema e operação para conscientização sobre violência. Dois frutos desse debate foram a incorporação do tema no II Seminário FS Promotora de Saúde e a vinculação regular de notas de conscientização no site da FS (THAMIREZ, 2016). Essa iniciativa da FS acena para um caminho positivo, pois, além dos frutos a serem colhidos pela própria FS, o programa pode repercutir em uma futura iniciativa da UnB, em proporções institucionais, com a adesão ao programa das universidades saudáveis.

4.2.2 A Faculdade de Medicina

Criada em 1966, a Faculdade de Medicina (FM) só foi reconhecida como curso em 1972 a partir do parecer 455/72, da Universidade de Brasília (UnB, 2016 a; UnB, 2016e). O curso de Medicina foi o primeiro da área de saúde da UnB, sendo acompanhado, apenas a partir de 1975, pelo curso de Enfermagem. Até 1968, a faculdade ficou conhecida como Faculdade de Ciências Médicas, mas, em virtude de reforma sanitária que indicava a presença de outros cursos de saúde em Centros de Ensino em Saúde, o nome foi alterado para Faculdade de Ciências da Saúde (CARDOSO, 2008).

A FM, desde sua criação, engaja-se em projetos e convênios que abarcaram programas de excelência, por exemplo: a implantação da Unidade de Atendimento Integrado em cidades

satélites do DF e a criação da Residência em Pediatria, implantada pelo Professor Eduardo Marcondes, presidente, à época, do Comitê de Residência em Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. Essa oportunidade de aprendizado por meio de estágios e residência tornou-se referência no início da década de 70. Apesar das várias iniciativas relacionadas a convênios e perspectivas de trabalho em parceria com a Secretaria de Saúde do DF, os programas preventivos e curativos ainda continuam sendo maioria (UnB, 2016a).

Algumas iniciativas promotoras de saúde da FM se alinham com as da FS Promotora de Saúde. Entre elas, o exemplo das Ligas Acadêmicas de Medicina as quais se engajam em vários projetos sem fins lucrativos e viabilizam a complementação da formação acadêmica tradicional. Outra iniciativa de destaque se refere ao convênio firmado entre FS, FM e Secretaria de Saúde do DF com o objetivo de viabilizar atendimento à saúde da população moradora na região Leste dessa unidade federativa, de modo a desenvolver projetos que não só auxiliem nos processos de cuidado da população, mas também possibilitem interação dos alunos com equipes da Saúde da Família da região (GIL, 2016).

4.2.3 A Faculdade de Educação Física

A Faculdade de Educação Física (FEF) se localiza no Campus Universitário Darcy Ribeiro, mais especificamente na Asa Norte às margens do Lago Paranoá. Geograficamente, a FEF fica afastada da área central da UnB (prédio da Reitoria, do Restaurante Universitário e da Biblioteca Central) e das demais faculdades (Figura 8).

Atualmente a FEF tem gestão administrativa própria e é composta pelo prédio da faculdade que abriga o espaço de ensino e administração, e pelo Centro Olímpico. A FEF dispõe de espaço privilegiado, com ampla área verde e arborizada, estacionamento privativo para professores, sala de professores, secretarias, salas de reunião, lanchonete, banheiros, salas de aula e também laboratórios de fisiologia do exercício, avaliação da composição corporal e da aptidão física, cinesiologia, biomecânica, mídias, e educação física escolar e estudos do lazer. O Centro Olímpico tem pista de cross cerrado, pistas de atletismo, campos de futebol, quadra de vôlei de areia, ginásio polivalente, quadras externas multiuso, piscina olímpica e semi-olímpica, piscina de saltos ornamentais, sala de musculação, dojo, salas de aula, sala de professores e secretarias.

Historicamente a FEF foi idealizada por professores de Educação Física e funcionários da Divisão de Recreação e Esportes da Universidade. Esses professores desenvolviam atividades de treinamento de equipes desportivas e eram encarregados da oferta da disciplina Prática Desportiva para os estudantes da instituição. Analisando a condição que lhes era dada

na universidade, surgiu a ideia de criação do curso de Licenciatura em Educação Física em 1973, tendo sido autorizado posteriormente por meio do Ato da Reitoria nº 831 (UnB, 1974a) e pela Reunião do Conselho Diretor nº 25/74 (UnB, 1974b) como um Departamento da Faculdade de Ciências da Saúde.

Figura 4 A área central da Universidade de Brasília (em vermelho) e a Faculdade de Educação Física (em azul).



Fonte: *Google Maps* (<https://www.google.com.br/maps/>).

A faculdade em si nasce em 1997 por meio da Resolução n. 002/97, do Conselho Universitário, que resolve: I extinguir o Departamento de Educação Física da Faculdade de Ciências da Saúde; II aprovar a criação da FEF bem como sua estrutura organizacional provida de autonomia acadêmica, financeira e administrativa. Em 1998 é criado o Programa de Pós-Graduação em Educação Física da FEF-UnB e aberto o primeiro curso de mestrado acadêmico. Em 2014 é criado o curso de doutorado.

Em 2008 é criado o curso de licenciatura a distância. Em 2012, com vistas à nova Regulamentação da formação de profissionais de Educação Física, foi criado o curso de Bacharelado em Educação Física, visando formar o bacharel, cujo campo de atuação é voltado para a academia, as clínicas, o esporte performance, enquanto a licenciatura forma o professor de Educação Física para atuar na escola (UnB, 2011; PPP, 2011).

A cada semestre a FEF recebe 100 alunos que ingressam nos cursos presenciais de licenciatura e bacharelado. No segundo semestre de 2014 a FEF-UnB tinha 916 alunos regulares registrados na graduação presencial, 196 na licenciatura a distância, 80 alunos no mestrado e 12 alunos no doutorado (UnB, 2015).

5 A METODOLOGIA

“À medida que se muda a resolução da visão, o pesquisador se aproxima ou se distancia do objeto e torna-se mais ou menos sensível a distintos aspectos do relevo e da geografia local”. (Vandenbergue, Véran, 2016).

A triangulação metodológica permite ao pesquisador olhar o mesmo fenômeno sob múltiplas perspectivas que poderão corroborar, elaborar ou iluminar o problema de pesquisa e, ainda, enriquecer a compreensão permitindo emergir novas ou mais profundas dimensões (FLICK, 2009; DUARTE, 2009; MINAYO; MINAYO-GÓMEZ (2003). A escolha da abordagem de triangulação de métodos deu-se em vista da possibilidade de um olhar ampliado sobre o objeto de estudo, o EV, com base no conhecimento da magnitude e das narrativas sobre o fenômeno, possibilitando o aprofundamento das reflexões (MINAYO, 2010; FLICK, 2009).

Para alcançar os objetivos propostos, o presente estudo foi realizado com a população de estudantes universitários dos cursos da saúde e seu desenvolvimento passou por três etapas complementares (Figura 5). Cabe destacar que a opção de representação em um esquema por etapas se destina à organização descritiva da tese uma vez que o aprofundamento no tema e a imersão no contexto perpassam todo o período do estudo.

Figura 5 Modelo esquemático da população e das etapas do estudo.



* Campus Darcy Ribeiro.

** Estudantes regularmente matriculados nas graduações presenciais no primeiro semestre de 2016.

Fonte: A autora

5.1 Aproximação e aprofundamento no tema

A revisão de literatura relatada no referencial teórico do presente trabalho permitiu maior familiarização com o problema e apropriação, pela pesquisadora, de alguns referenciais das ciências sociais para explicar os fenômenos estudados. Esse esforço inicial resultou na elaboração de um ensaio teórico publicado no periódico Saúde e Sociedade (APÊNDICE B). O propósito do ensaio foi exercitar uma síntese das abordagens que permeiam os discursos sobre EV e promoção da saúde, e apresentar o conceito de *habitus* como mediador para reflexão sobre o tema.

Ainda, nesse esforço de aproximação do tema, foi produzido um estudo de revisão de literatura para sistematizar pesquisas sobre o EV realizadas por estudantes dos cursos de saúde no Brasil e para discutir no contexto de Universidade Promotora de Saúde. O produto dessa revisão foi apresentado no XX Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte e o resumo expandido publicado nos Anais do evento.

A revisão permitiu concluir que o Questionário Estilo de Vida Fantástico é o instrumento mais utilizado para estimar o EV nos estudos realizados com estudantes dos cursos de saúde no Brasil. Constatamos também que o instrumento extrapola a perspectiva comportamental de EV saudável apenas relacionada aos hábitos ligados à prática de exercícios físicos, tabagismo, consumo de álcool e drogas. Além dos domínios comportamentais, o questionário engloba itens relacionados às condições da saúde psicossocial, como as relações familiares e satisfação com o trabalho ou função e percepções sobre o relacionamento social e introspecção, essenciais para o entendimento do EV e bem-estar dos estudantes em sua vivência universitária (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008; SILVA, BRITO; AMADO, 2014).

5.2 A imersão no contexto

A pesquisadora, aluna do curso de pós-graduação da FEF/UnB, frequentava os ambientes das faculdades pesquisadas na condição de estudante, e passou a adotar um olhar crítico quanto à realidade do campo de pesquisa, registrando suas impressões e informações obtidas no diário de campo. Essa etapa de imersão possibilitou a caracterização do cenário de pesquisa, permitiu a realização de levantamentos e esclarecimentos a respeito dos sujeitos e das variáveis estudadas, favoreceu o estabelecimento de vínculo entre a pesquisadora e as coordenações dos cursos e facilitou a organização das aplicações dos questionários e a realização das entrevistas.

No primeiro semestre de 2015 foram estabelecidos contatos com a coordenação dos cursos de saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina e Faculdade de Educação Física, com a finalidade de apresentar a proposta de parceria e coparticipação na realização da pesquisa, mediante assinatura de um termo de concordância (APÊNDICES C, D e E). A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética e compreendeu o período de junho de 2016 a dezembro de 2017.

5.3 A triangulação metodológica

A triangulação intermétodos, uma das formas de triangulação, numa perspectiva metodológica híbrida, deve fazer com que as abordagens quantitativa e qualitativa, apesar de seus *modus operandi* específicos – a primeira opera com números e a segunda com categorias analíticas – “dialoguem para compor o mosaico do conhecimento sobre o problema de pesquisa” (ALMEIDA FILHO, 2003, p.150).

Neste estudo, considerando as estratégias e características de métodos mistos, adotou-se a estratégia de triangulação concomitante de dados quantitativos e qualitativos, com igual atribuição de peso. Dessa forma, a pesquisa de campo ocorreu em duas etapas, cada uma com seu método e configurações específicas: uma abordagem quantitativa, do tipo analítico, transversal e uma qualitativa, com análise de conteúdo (BARDIN, 2011). O desdobramento dessa integração possibilitou uma visão ampliada e holística do fenômeno e contribuiu para desvelar convergências, paradoxos e contradições sobre o EV (FLICK, 2009; DUARTE, 2009).

A abordagem quantitativa está embasada em números (resultantes de algum tipo de medição formal analisados por procedimentos estatísticos) para produzir evidências científicas fundamentadas em raciocínio dedutivo e sistemático. Nos estudos observacionais transversais – também conhecidos como inquéritos quando utilizam os dados gerais de uma população –, o investigador mede e descreve a ocorrência de um evento e aborda as relações entre as variáveis (ALMEIDA FILHO, 2003).

As vantagens dos estudos transversais são objetividade na coleta de dados e facilidade em obter amostras representativas da população aliadas à simplicidade e ao baixo custo. São bastante eficientes em mostrar um panorama da situação num momento específico. No entanto, não possibilitam inferir causa e efeito nem mudanças ao longo do tempo (tendências). Tampouco favorecem a compreensão da complexidade e diversidade inerentes às experiências humanas (MINAYO-GÓMEZ, 2003).

Por outro lado, essa limitação pode ser minimizada por intermédio do diálogo com a pesquisa qualitativa. Nesse caso, a preocupação do pesquisador não é com a representatividade

numérica do grupo pesquisado, mas sim, “trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2010, p. 24). Tem como intuito compreender as significações explícitas ou implícitas e a intencionalidade existente nos discursos. Abordagens qualitativas favorecem a descrição da complexidade de determinado problema e possibilitam, entre outros aspectos, compreender processos dinâmicos vividos por grupos sociais, além de favorecer o entendimento das peculiaridades do comportamento dos indivíduos (FLICK, 2009; HORSBURGK, 2003).

Uma síntese dos objetivos e respectivos aspectos metodológicos da triangulação concomitante de dados respaldados em métodos mistos é apresentada no Quadro (3).

Quadro 3 Síntese dos aspectos metodológicos do estudo.

Pesquisa de métodos mistos com triangulação concomitante de dados		
Desenho do estudo	Quantitativo	Qualitativo
	Estudo transversal	Análise temática
Participantes	- 626 estudantes universitários da saúde - Cursos de Educação Física, Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Nutrição e Saúde coletiva.	- Seis grupos focais (54 estudantes da saúde) - Cursos de Educação Física, Nutrição e Saúde Coletiva.
Objetivos específicos	- Identificar e descrever os domínios do estilo de vida e padrões de agrupamento para caracterizar os estilos de vida dos estudantes. - Verificar associações entre os padrões de agrupamento e as características sociodemográficas.	- Identificar facilitadores e barreiras nas vivências universitárias que atuam como mediadores nas escolhas de estilos de vida dos estudantes. - Compreender os significados e as relações dos conceitos de estilo de vida e saúde para os estudantes dos cursos da área da saúde.
Coleta de dados	- Questionário sociodemográfico - Questionário Estilo de Vida Fantástico	- Grupo focal
Análise	- Estatística descritiva - Estatística inferencial - Análise multivariada de dados - SPSS®, versão 19	- Codificação inicial - ATLAS.ti, versão 7-Trial - Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011)
Triangulação de dados	Analisar os estilos de vida dos estudantes universitários, considerando a promoção da saúde e a conformação de seus <i>habitus</i> .	

EV, Estilo de Vida.

5.4 A abordagem quantitativa

5.4.1. População e amostra do estudo

Os participantes do estudo foram os 3.042 estudantes regularmente matriculados no primeiro semestre de 2016 em graduações presenciais dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Saúde Coletiva, Odontologia, Medicina e Educação Física (bacharelado e licenciatura), distribuídos em três faculdades (de Educação Física, Medicina e Ciências da Saúde) do Campus Central da Universidade de Brasília, Distrito Federal (Quadro 4).

O cálculo da amostragem foi estratificado e proporcional ao número de estudantes em cada curso. O tamanho da amostra foi calculado em 501 estudantes, considerando-se os níveis de confiança de 95%, margens de erro de 4% e prevalência de 50% uma vez que uma estimativa confiável não estava disponível. Ao número amostral foram acrescentados 30% adicionais em relação a eventuais perdas. O cálculo amostral foi feito de acordo com a seguinte equação (PAGANO; KIMBERLEE, 2004):

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

Quadro 4 População e amostra do estudo. Cursos da Saúde, Universidade de Brasília, 2016.

Cursos	Estudantes Matriculados			Cálculo Amostral (Erro 4%, IC 95%)	Amostra Final
	Feminino	Masculino	Total		
Medicina	244	299	543	90	101
Ed. Física Lic.	141	262	403	65	80
Ed. Física Bach.	120	252	372	60	77
Enfermagem	349	54	403	65	83
Farmácia	257	95	352	60	77
Nutrição	235	80	315	51	66
Odontologia	223	103	326	55	71
Saúde Coletiva	233	95	328	55	71
TOTAL	1802 (59,2%)	1240 (40,8%)	3042 (100%)	501 (16,5%)	626 (20,6%)

Lic., Licenciatura; e Bach., Bacharelado em Educação Física.

A seleção da amostra ocorreu por julgamento (SCHIFFMAN; KANUK, 2000) e o desenho se aproximou de uma amostra por conglomerados, pois seria muito difícil selecionar a

amostra de forma aleatória simples e ter acesso a cada um dos indivíduos sorteados. Por essa razão, foram selecionadas disciplinas de diferentes períodos (início e meio), conforme a matriz curricular de cada curso. As disciplinas ofertadas para estudantes concluintes não foram incorporadas à pesquisa por conta da dificuldade de localização dos participantes, pois nessa etapa se encontram dispersos nos estágios e residências.

As disciplinas foram escolhidas com base em sua viabilidade, expressa pela disponibilidade do pesquisador e, principalmente, dos professores das disciplinas. Foram visitadas tantas disciplinas quantas necessárias para atingir o número amostral de cada curso. Para o agendamento da coleta de dados foram mantidos contatos prévios com os professores das disciplinas selecionadas (APÊNDICE F) tendo em vista a autorização para entrada nas salas de aula. Os dados foram coletados pela pesquisadora e um acadêmico de iniciação científica, no período de agosto 2016 a junho de 2017.

No dia e horário agendados, a pesquisadora compareceu ao local da disciplina, fez a apresentação inicial da pesquisa e de suas credenciais institucionais, apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclareceu dúvidas. Instruções sobre o preenchimento dos instrumentos foram repassadas aos alunos antes da entrega dos questionários. Foram utilizados dois questionários impressos abrangendo os domínios sociodemográficos e de EV.

Participaram da amostra todos os alunos presentes em sala de aula e que assinaram o TCLE para participação voluntária. Nessa mesma ocasião os estudantes foram informados da realização de uma etapa posterior da pesquisa e sobre a importância de sua participação.

5.4.2 Instrumentos

O questionário com dados sociodemográficos foi construído com base no questionário de uma pesquisa realizada com estudantes de universidades federais brasileiras a fim de permitir comparabilidade nacional (FONAPRACE, 2011). A pesquisadora participou da coleta de todos os questionários e optou pela aplicação frente a frente de modo que pudesse esclarecer as dúvidas em relação ao questionário, como também garantir maior fidedignidade dos dados.

Para avaliação do EV utilizou-se o Questionário Estilo de Vida Fantástico, um instrumento canadense, desenvolvido pelo Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster (WILSON; NIELSEN; CILISKA, 1984), validado no Brasil em uma amostra de universitários de uma instituição pública (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008) e utilizado em outros países para avaliação de universitários (SILVA, BRITO; AMADO, 2014). O termo FANTASTIC funciona como um acróstico para os nove

domínios explorados no questionário (Quadro 5). As 25 questões têm uma sutil, porém poderosa influência na saúde, e permitem refletir sobre vários hábitos e atitudes (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Quadro 5 O acróstico para os nove domínios do Questionário Estilo de Vida Fantástico.

Acróstico	Inglês	Português
F	<i>Family</i>	Família e amigos (relacionamento com)
A	<i>Activity</i>	Atividade física
N	<i>Nutrition</i>	Nutrição (hábitos alimentares)
T	<i>Tobacco & Toxics</i>	Tabaco, cigarro, medicamentos e drogas
A	<i>Alcohol</i>	Álcool (consumo de)
S	<i>Sleep, Seatbelts, Stress, Safe sex</i>	Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro (comportamento preventivo)
T	<i>Type of behavior</i>	Tipo de comportamento (A ou B)
I	<i>Insight</i>	Introspecção
C	<i>Career</i>	Carreira (Satisfação com a profissão)

5.4.3 Análise dos dados

Das 25 questões do Questionário Estilo de Vida Fantástico, 23 incluem cinco opções de respostas na escala *Likert* que variam de zero a quatro pontos e duas são dicotômicas, com valores de zero para a primeira coluna e quatro pontos para a última. A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias: excelente (85 a 100 pontos-), muito bom (70 a 84 pontos), bom (55 a 69 pontos), regular (35 a 54 pontos) e necessita melhorar (0 a 34 pontos) (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

De acordo com o instrumento, quanto menor for o escore total do EV maior será a necessidade de mudanças em relação à saúde, sendo desejável que os participantes atinjam a classificação “bom”. Um EV “excelente” proporciona boa saúde, EV “muito bom” proporciona adequada influência, EV “bom” proporciona muitos benefícios, EV “regular” proporciona algum benefício, porém apresenta riscos, e “necessita melhorar” indica que o EV apresenta muitos fatores de risco (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Na análise dos dados sociodemográficos, as características analisadas foram: sexo (feminino ou masculino); faixa etária (≤ 20 anos, 20 a 29 anos ou < 20 anos); raça/cor da pele (branca, preta, parda ou outros); trabalha (sim ou não); moradia atual (Plano Piloto ou cidade satélite); situação econômica (sustentado pela família ou responsável pelo seu sustento); escolaridade do pai e mãe (até ensino médio, ensino superior completo ou pós-graduação); período do curso (ingressante ou intermediário); e classe econômica (A, B ou C) definida pelo

Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2012).

Depois de recolhidos, os questionários foram checados para identificar inconsistências nas respostas das questões do questionário EV Fantástico. Foram excluídos da amostra 54 participantes que deixaram algumas questões sem resposta. Os dados dos questionários foram digitados em um banco de dados no programa Excel® 2013 e analisados com o auxílio de um profissional com formação em Estatística. Todos os dados foram analisados no Programa R Project for Statistical Computing, versão 3.5.0.

Na análise estatística, inicialmente procedeu-se à frequência descritiva das variáveis sociodemográficas e a estimativa do EV total da amostra, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Em seguida, uma análise de agrupamento (Hierárquica e K-Médias) foi conduzida em duas etapas, como ferramenta explicativa para agrupar os participantes segundo os atributos de cada item do Questionário Estilo de Vida Fantástico (HAIR JÚNIOR et al., 2005). A análise de agrupamentos, ou análise de clusters (do original em inglês) é uma técnica de análise multivariada de dados utilizada para classificar uma amostra de indivíduos em um pequeno número de grupos mutuamente excludentes, tomando como base as similaridades identificadas entre os indivíduos que compõem cada grupo (HAIR JÚNIOR et al., 2009).

Os grupos foram formados segundo o método KNN, que agrupou as observações com maior similaridade entre si. Para definir o número adequado de clusters utilizou-se o Método Elbow (HAIR JÚNIOR et al., 2009), que testa o custo para a escolha da quantidade de clusters, com base no incremento de cada número de cluster. Não existe um critério ou teste que defina exatamente o número exato de cluster. Esse método auxilia somente na escolha.

Análises subsequentes, como Kruskal Wallis e qui-quadrado, foram usadas na identificação de diferenças entre os *clusters* (grupos) e os domínios do EV, e entre os *clusters* (grupos) e suas características sociodemográficas. Foram considerados significativos valores de $P < 0,05$.

5.5 A abordagem qualitativa

Na etapa do estudo qualitativo utilizaram-se discussões em grupo focal para coleta de dados. A técnica é indicada para o entendimento de diferentes percepções e atitudes sobre determinada temática, tem o propósito de promover os participantes como sujeitos ativos de pesquisas e gera a possibilidade de instigar novos saberes e de aproximar a pesquisa dos cenários de prática e vice-versa (TRAD, 2009).

Os grupos focais são discussões realizadas com grupos de 4 a 12 participantes que possibilitam o acolhimento devido à criação de um espaço para a expressão das percepções, incluindo angústias e ansiedades. Essa aproximação por meio da escuta valoriza os aspectos psicodinâmicos mobilizados na relação afetiva e direta com os participantes do estudo (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; BACKES et al., 2011).

Essa etapa foi desenvolvida com base na realização de seis grupos focais – dois em cada curso de Educação Física, Nutrição e Saúde Coletiva – que contaram com a participação de 54 estudantes ao todo. Para assegurar a diversidade de opiniões suficientes em cada grupo focal foram incluídos estudantes de ambos os sexos, matriculados a partir do segundo ano na universidade. Nenhum estudante do primeiro ano foi incluído, considerando a experiência limitada como estudante universitário. O critério de parentesco (por exemplo, serem irmãos) foi utilizado como excludente na composição dos grupos (BACKES et al., 2011; LERVOLINO; PELICIONI et al., 2001).

Os estudantes foram informados dos grupos focais e sensibilizados a participar desde a coleta dos dados quantitativos, na explicação dos objetivos e desdobramentos da pesquisa. Em seguida, procedeu-se à divulgação dos encontros nas redes sociais (APÊNDICE G), e também por meio de contato com a coordenação dos cursos e professores. Os estudantes foram convidados usando amostragem de bola de neve, uma abordagem não probabilística, frequentemente usada em pesquisa qualitativa e na qual o pesquisador convidava alguns voluntários que, por sua vez, convidavam outros voluntários (DELIENS et al., 2014). A intenção era contar com oito a dez participantes em cada sessão, entretanto, considerando desistências e não comparecimentos, eram convidados um ou dois participantes a mais como forma de garantia (TRAD, 2009).

A pesquisadora orientou a operacionalização de todas as sessões do grupo focal, as etapas a serem percorridas e os objetivos propostos, ocasião em que foi acompanhada de uma relatora. Todos os encontros ocorreram em salas de reunião da Faculdade de Educação Física e da Faculdade de Ciências da Saúde, bem arejadas, iluminadas e climatizadas. As cadeiras foram dispostas ao redor de uma mesa em forma de círculo para facilitar a comunicação e evitar interferências externas (APÊNDICE H). Antes do início das sessões, os participantes responderam a um questionário com cinco questões para caracterização sociodemográfica da amostra. No decorrer das sessões foi servido um lanche e ao final sorteou-se um livro com abordagens ampliadas sobre saúde e promoção da saúde com o objetivo de contribuir para a superação das concepções que reduzem a compreensão desses fenômenos.

A pesquisadora, apesar de iniciante na técnica de grupo focal, tinha experiência de lidar com grupos de estudantes em sua prática profissional como professora de ensino superior e coordenadora de cursos de graduação. Para realização das sessões dos grupos focais, a pesquisadora leu inúmeras textos acerca da técnica, assistiu à realização de outros grupos e treinou com o grupo de pesquisa do qual participa – por compreender sua limitação e ter a clara certeza que sua atuação no grupo necessitava de muito preparo e instrumentalização em relação à técnica, além de conhecimento sobre a temática de estudo. A relatora tinha experiências com a realização da técnica e ajudou a pesquisadora no planejamento das sessões e nos primeiros encontros para esclarecimentos sobre o tema e aperfeiçoamento da técnica, essenciais à qualidade do trabalho desenvolvido (TRAD, 2009; DELIENS et al., 2014).

Ainda como critério de qualidade, utilizou-se um roteiro de perguntas semiestruturado (APÊNDICE I) que facilitou e dinamizou as sessões e garantiu similaridade na condução dos diálogos e na abordagem dos temas relacionados às escolhas do EV na vivência acadêmica do contexto universitário. O roteiro passou pela revisão de um grupo de pesquisadores bastante experiente em pesquisas com utilização de grupo focal e nos temas de saúde (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; BACKES et al., 2011).

Durante as sessões utilizaram-se dois gravadores digitais, dispostos em pontos diferentes, de forma a garantir o bom registro das falas e o diário de campo para o registro de anotações importantes. A observadora controlou o tempo, auxiliou na organização e registrou no diário de campo as anotações das falas dos estudantes que pudessem auxiliar no momento da transcrição. Essas anotações de dados subjetivos, sentimentos e impressões pessoais antes, durante e após as sessões do grupo focal são instrumentos pessoais para anotações da moderadora e do observador. Cada grupo focal teve duração aproximada de 90 minutos (BACKES et al., 2011; TRAD, 2009).

No início de cada encontro, a pesquisadora e o observador se apresentavam para o grupo. Em seguida, a moderadora discorria sobre a pesquisa, o objetivo e a relevância, agradecendo a participação dos estudantes. Também enfatizava a garantia de sigilo, respaldada no TCLE e o Termo de Autorização de Voz, assinado previamente, de que cada integrante do grupo poderia expressar livremente sua opinião. Ressaltava ainda que qualquer resposta, inclusive as destoantes do senso comum, seriam relevantes para a discussão da temática. E, ainda, que as gravações seriam utilizadas apenas para fins de transcrição, respeitando-se o anonimato das participantes.

A análise dos dados iniciou-se com a transcrição literal das falas gravadas durante as sessões dos grupos focais. Esse processo foi realizado por uma aluna de doutorado em

Psicologia, com experiência na utilização da técnica de grupo focal, e que atuou como relatora nas sessões das rodas de conversa. O processo de organização e categorização dos dados foi conduzido pela pesquisadora, com a utilização do software para análise qualitativa ATLAS.ti 7.0 (Qualitative Research and Solutions). Para proceder à categorização dos dados, tomou-se como referência a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011).

Entre as definições metodológicas de pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo é considerada por muitos autores como uma das técnicas mais comuns na investigação empírica, realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais, pois propicia ao pesquisador um leque de situações de análises que se adaptam ao problema que procura resolver (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007; TRAD, 2009; BACKES et al., 2011).

A fase de pré-análise dos dados iniciou-se com a inserção do *corpus*⁸ de documentos definidos para a análise no software ATLAS.ti 7.0. Essa fase correspondeu a um período de intuições, com leitura flutuante das seis transcrições dos grupos focais. Teve como objetivo gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado e operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais (BARDIN, 2011).

Na segunda etapa foram feitos recortes (marcações) dos textos (*quotations*), que são unidades de registro às quais serão atribuídos códigos (*codes*) preestabelecidos na pré-análise. Por fim, os *codes* foram classificados em categorias temáticas (*families*), buscando alcançar o núcleo de sentido do texto. Essa fase referiu-se à aplicação semântica das decisões tomadas, conforme o objetivo do estudo.

A última etapa foi concluída com a síntese dos resultados, escolha das narrativas a serem destacadas nos resultados e as interpretações e inferências, tendo como referência a aproximação com a abordagem sociológica do conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu (2011).

5.6 Considerações éticas

A pesquisa atendeu aos critérios da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEPE/FS/UnB) sob Parecer consubstanciado nº 1.347.305 (ANEXO I). Reuniões com a direção de cada faculdade foram realizadas a fim de obter o termo de concordância em ser instituição coparticipante da pesquisa.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e às técnicas de coleta de dados, bem como tiveram assegurada a liberdade de participar e de desistir da

⁸ “O *corpus* é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos ao processo analítico.

pesquisa a qualquer momento. Todos os estudantes que aceitaram o convite para participar voluntariamente da pesquisa assinaram o TCLE. Esclareceu-se previamente que a pesquisa e os procedimentos metodológicos foram respaldados pelo Comitê de ética em pesquisas da UnB (APÊNDICES J, L, M).

6 RESULTADOS

*“[...] Por isso cuidado meu bem há perigo na esquina.
Eles venceram, e o sinal está fechado pra nós, que
somos jovens [...]”
(Letra de Belchior, Como nossos pais)*

6.1 Resultados da abordagem quantitativa

Participaram da etapa quantitativa do estudo 626 estudantes matriculados nos períodos iniciais (42,3%) e períodos intermediários (57,7%) dos seguintes cursos de graduação da área da saúde: Educação Física (25,1%), Medicina (16,1%), Enfermagem (13,3%), Farmácia (12,3%), Saúde Coletiva (11,4%), Odontologia (11,3%) e Nutrição (10,5%).

6.1.1 Características demográficas e socioeconômicas dos participantes

A caracterização sociodemográfica dos participantes indica que a idade média foi de 21,3 (DP±4,7) anos e mediana de 20 anos. Houve predomínio de estudantes do sexo feminino (58,6%); até 24 anos (86,9%); que se autodeclarou de raça/cor da pele branca (44,9%); mora em Cidade Satélite (65,2%); não trabalha (81,0%); é sustentado pela família (87,7%); mora com pai, mãe ou ambos (77,5%); e pertencem à classe econômica B (65,8%). A maioria dos pais (50,6%) e mães (55,4%) têm ao menos o ensino superior completo (Tabela 1). Quando as diferenças sociodemográficas foram analisadas em relação ao sexo, os resultados revelam que houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis trabalho ($p=0,043$) e situação econômica ($p=0,024$), o que mostra que uma parcela maior de estudantes do sexo masculino trabalha e é responsável por seu sustento.

Tabela 1. Frequência relativa das características sociodemográficas dos estudantes dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017.

Variável	Amostra total (n=626)		Feminino (n=367)		Masculino (n=259)		P-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							
<=24 anos	544	86,9	316	86,1	228	88,0	0,481
>24 anos	82	13,1	51	13,9	31	12,0	
Raça/cor da pele							
Branca	281	44,9	163	44,4	118	45,6	0,613
Parda	219	35,0	126	34,3	93	35,9	
Preta	82	13,1	48	13,1	34	13,1	
Outras ^a	44	7,0	30	8,2	14	5,4	
Local da moradia atual							
Plano piloto	218	34,8	125	34,1	93	35,9	0,633
Cidade satélite ou vizinha	408	65,2	242	65,9	166	64,1	
Trabalha							
Sim	119	19,0	60	16,4	59	22,8	0,043
Não	507	81,0	307	83,6	200	77,2	
Situação econômica							
Sustentado pela família	549	87,7	331	90,2	218	84,2	0,024
Responsável pelo seu sustento	77	12,3	36	9,8	41	15,8	
Mora atualmente							
Pai, mãe e/ou ambos	485	77,5	288	78,5	197	76,1	0,477
Outros ^b	141	22,5	79	21,5	62	23,9	
Escolaridade de ambos os pais ^c							
Até o ensino médio completo	200	32,0	120	32,8	80	31,0	0,651
Ensino médio e Ensino Superior	182	29,2	104	28,4	78	30,2	
Ensino Superior e Pós-graduação	182	29,2	103	28,1	79	30,6	
Pós-Graduação	60	9,6	39	10,6	21	8,4	
Classe econômica ^{d,e}							
A2	99	16,1	60	16,6	39	15,3	0,623
B1	192	31,2	114	31,6	78	30,7	
B2	213	34,6	128	35,5	85	33,5	
C	111	18,1	59	16,3	52	20,5	
Deslocamento à Universidade							
Veículo próprio ^f	254	40,6	222	60,5	150	57,9	0,518
Outros ^g	372	59,4	145	39,5	109	42,1	
Período							
Ingressante	265	42,3	149	40,6	116	44,8	0,296
Intermediário	361	57,7	218	59,4	143	55,2	

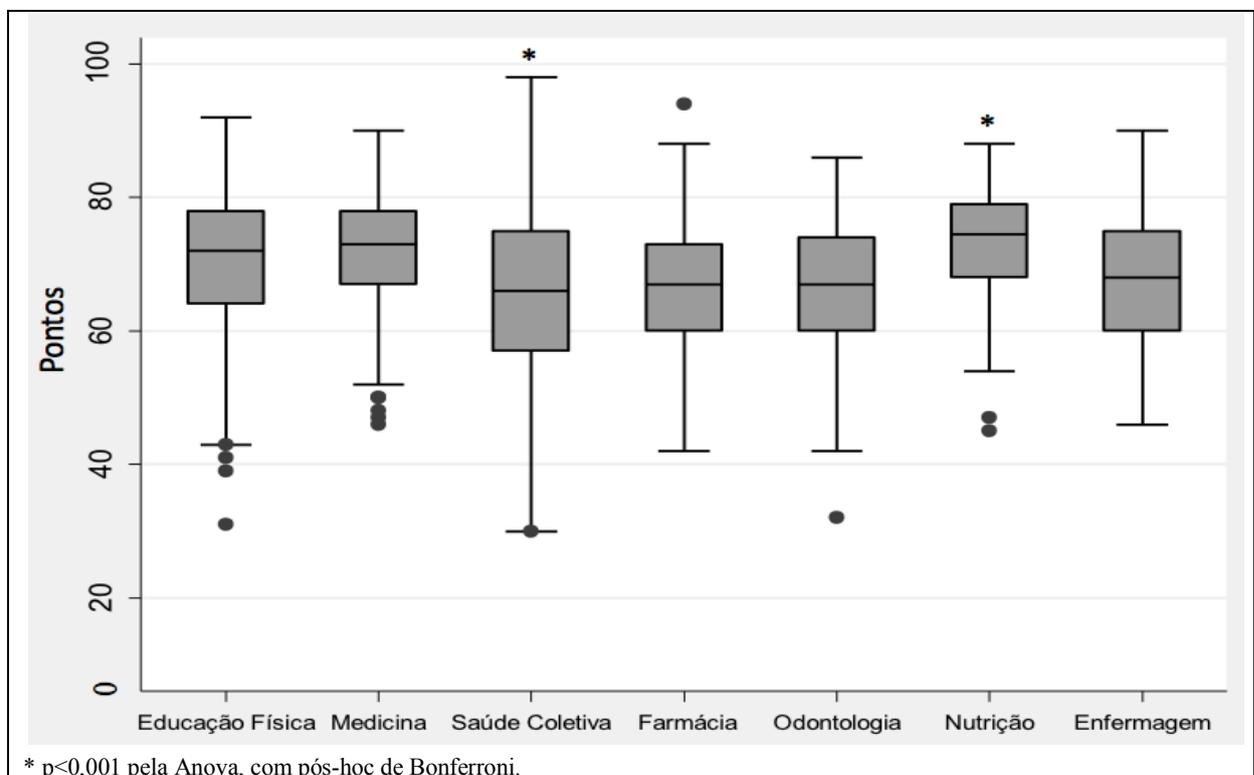
^a Refere-se a amarela, indígena e outra; ^b Mora com conjugue, amigos, outros familiares, na pensão ou em moradia universitária; ^c Dois questionários não reportavam a escolaridade dos pais; ^d Calculada de acordo com os critérios ABEP (2012); ^e Onze questionários não reportaram dados da classe econômica; ^f Refere-se a carro ou moto; ^g transporte coletivo ou carona; a pé e ou/bicicleta.

6.1.2 O Estilo de Vida da amostra total e por sexo

Quanto ao EV dos estudantes, o escore global médio foi de 68,9 (DP±11,2) pontos, que se enquadra na categoria EV “bom”. Quando separado por sexo, o escore global foi de 69,2 (DP±12,1) pontos para rapazes e 68,7 (DP±10,6) para moças, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,338$) entre os sexos.

Quando o escore do EV global foi comparado por curso (FIGURA 6), a análise de variância revelou diferença estatisticamente significativa entre os cursos. O teste pós-hoc de Bonferroni apontou que não existe diferença entre as medianas do curso de Nutrição (73,0), Educação Física (70,6) e Medicina (71,4). No entanto, a mediana do curso de Nutrição foi maior do que os cursos de Farmácia (66,2), Enfermagem (67,2), Odontologia (66,2) e Saúde Coletiva (65,4); enquanto apenas a mediana do curso de Saúde Coletiva foi menor que as medianas dos cursos de Educação Física e Medicina. O escore global dos cursos se enquadram nas seguintes categorias: Nutrição, Medicina e Educação Física com o EV “muito bom”; e Enfermagem, Farmácia, Odontologia e Saúde Coletiva com o EV “bom”.

Figura 6 Box-Plot do escore global do estilo de vida de 626 estudantes dos cursos da saúde da Universidade de Brasília, 2017.



Ao analisarmos a pontuação obtida nos nove domínios que compõem o EV no questionário “Fantástico” (Tabela 2), percebe-se que o domínio com melhor resultado foi família e amigos; e os domínios com piores resultados (em que o valor da média se distancia mais do valor máximo possível) foram: atividade física; tipo de comportamento; nutrição; e introspecção, nessa ordem. Ao comparar os sexos, verificamos que as mulheres apresentam resultados significativamente melhores nos domínios: família e amigos; tabaco e drogas; e álcool. Já os homens tiveram resultados significativamente melhores nos domínios: atividade física; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento e introspecção.

Tabela 2 Descrição em média e desvio padrão dos domínios do estilo de vida por amostra total e por sexo. Universidade de Brasília, 2017.

Domínios do EV Fantástico	Pontuação possível	Total	Feminino (367)	Masculino (259)	P-valor*
Família e amigos	0-8	6,6 (\pm 1,6)	7,0 (\pm 1,4)	6,2 (\pm 1,9)	<0,001
Atividade Física	0-8	3,1 (\pm 2,5)	2,6 (\pm 2,4)	3,9 (\pm 2,6)	<0,001
Nutrição	0-12	7,1 (\pm 2,7)	7,2 (\pm 2,7)	7,1 (\pm 2,8)	0,5932
Cigarro e drogas	0-16	13,6 (\pm 2,6)	14,0 (\pm 2,2)	13,1 (\pm 3,0)	<0,0026
Álcool	0-12	10,2 (\pm 2,4)	10,7 (\pm 1,9)	9,6 (\pm 2,8)	<0,001
Sono, cinto, estresse e sexo ^a	0-20	14,2 (\pm 2,9)	13,9 (\pm 3,0)	14,5 (\pm 2,8)	0,0127
Tipo de comportamento	0-8	4,0 (\pm 1,7)	3,8 (\pm 1,8)	4,2 (\pm 1,6)	0,0056**
Introspecção	0-12	7,3 (\pm 2,6)	6,9 (2,6)	7,7 (2,5)	<0,001
Carreira, trabalho ou função	0-4	2,7 (\pm 1,1)	2,7 (\pm 1,0)	2,8 (\pm 1,1)	0,0911

* Teste T de Student; **Teste Man-Witney; ^a cinto de segurança, sexo seguro.

Na tabela 3 apresentamos a frequência de respostas ruins ou que necessitam melhorar (as duas piores das cinco opções de resposta) para cada questão do questionário. Tal informação ajuda a identificar comportamentos que deveriam melhorar em uma parcela significativa (>25%) dos universitários, tais como: ser fisicamente ativo; ter uma dieta mais balanceada, em particular consumir menos açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos; melhorar a qualidade do sono e do descanso; e reduzir a pressa. Outros comportamentos também apresentaram resultados ruins em mais de 10% dos estudantes, são eles: perder peso; usar drogas; dirigir após beber; lidar com o estresse; ser capaz de relaxar; controlar a hostilidade e a raiva; pensar positivamente; controlar a tensão e o desapontamento, a tristeza e a depressão; e não estar satisfeito com a carreira.

Tabela 3 Frequência de respostas que não atendem aos critérios de saúde ^a em cada item do questionário estilo de vida fantástico a partir de 626 estudantes dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017.

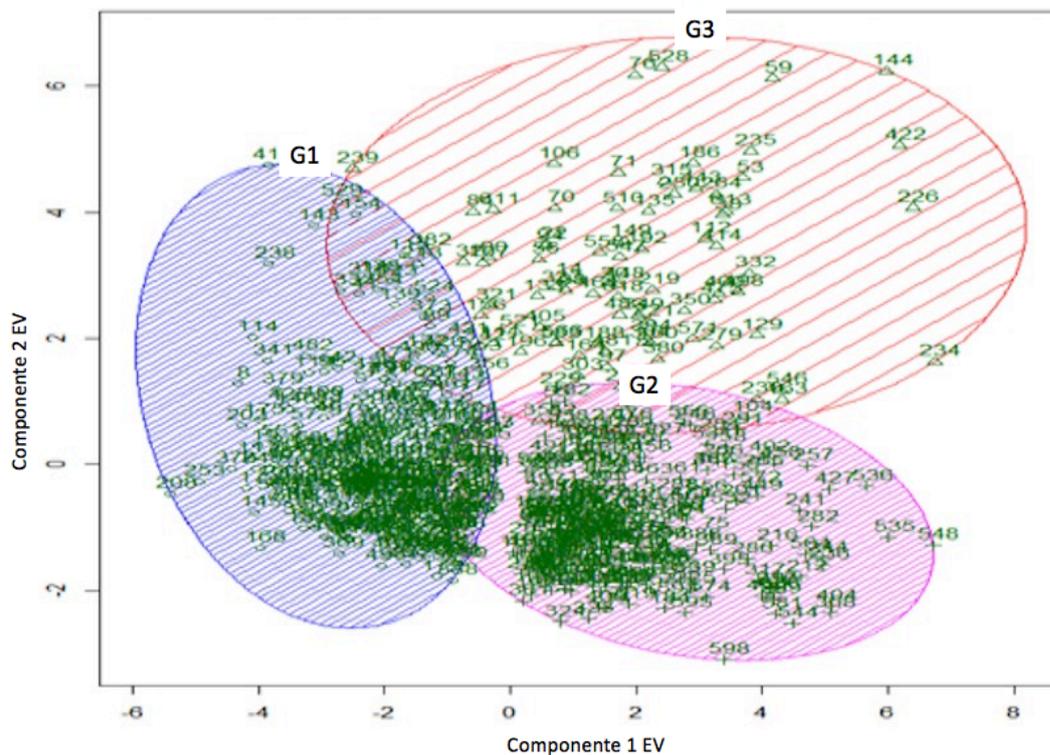
Domínios e Questões	Total		Feminino		Masculino		P
	n	%	n	%	n	%	
Família e amigos							
1. Tenho alguém para conversar sobre as coisas que são importantes para mim	32	5,1	11	34,4	21	65,6	<0,01
2. Dou e recebo afeto	21	3,5	5	23,8	16	76,2	<0,01
Atividade física							
3. Sou vigorosamente ativo ao menos 30 minutos por dia (corrida, bicicleta)	367	58,6	253	68,9	114	31,0	<0,01
4. Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	349	55,7	227	65,0	122	35,0	<0,01
Nutrição							
5. Como uma dieta balanceada	170	27,2	91	53,5	79	46,5	0,114
6. Frequentemente como em excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos	210	33,5	128	60,9	82	39,1	0,401
7. Estou no intervalo de 4 quilos do meu peso considerado saudável	97	15,5	54	55,7	43	44,3	0,520
Cigarros e drogas							
8. Fumo Cigarros	22	3,5	7	31,8	15	68,2	<0,01
9. Uso drogas como maconha e cocaína	102	16,3	36	35,3	66	64,7	<0,01
10. Abuso ou exagero nos remédios	23	3,6	15	65,2	8	34,8	0,503
11. Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou “colas”)	19	3,0	11	57,9	8	42,1	0,948
Álcool							
12. Minha ingestão média por semana de álcool é de 4 a 7 doses	26	4,2	8	30,7	18	69,3	<0,01
13. Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	56	8,9	22	39,3	34	60,7	<0,01
14. Dirijo após beber	82	13,1	32	39,9	50	60,1	<0,01
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro							
15. Durmo bem e me sinto descansado	190	30,4	111	58,4	79	41,6	0,945
16. Uso cinto de segurança	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
17. Sou capaz de lidar com o estresse do dia-a-dia	74	11,8	57	77,0	17	23,0	<0,01
18. Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	99	15,8	73	73,7	26	26,3	<0,01
19. Pratico sexo seguro	68	10,9	37	54,4	31	45,6	0,455
Tipo de comportamento							
20. Aparento estar com pressa	269	43,0	166	61,7	103	38,3	0,174
21. Sinto-me com raiva e hostil	100	16,0	72	72,0	28	28,0	<0,01
Introspecção							
22. Penso de forma positiva e otimista	82	13,1	54	65,8	28	34,2	0,154
23. Sinto-me tenso e desapontado	142	22,7	98	69,0	44	31,0	<0,01
24. Sinto-me triste e deprimido	97	15,5	63	64,9	34	35,1	0,169
Carreira, trabalho ou função							
25. Estou satisfeito com meu trabalho ou função	75	12,0	38	50,7	37	49,3	0,133

^a Foram consideradas respostas ruins as duas piores das cinco opções de resposta.

6.1.3 Agrupando os comportamentos e domínios do estilo de vida

Para identificar como os domínios do EV se comportam conjuntamente foi realizada a análise de cluster ou agrupamento. O método K-Médias permitiu verificar a distância euclidiana entre as médias ou centroides dos três grupos em cada variável, identificando os estudantes que possuem respostas similares nas questões do questionário EV fantástico, possibilitando a identificação de alguns padrões. Podemos observar (Figura 7) que a melhor configuração do modelo, através do Dendograma, foi a de três agrupamentos: Grupo 1 (n=299), Grupo 2 (n=246) e Grupo 3 (n=81). Os grupos foram definidos conforme as características que os moldaram e, nessa divisão, as similaridades presentes os caracterizam como diferentes entre si.

Figura 7 Disposição visual dos três agrupamentos (G) a partir dos componentes do estilo de vida (EV), com 626 estudantes dos cursos da saúde, Universidade de Brasília, 2017.



O agrupamento 1, composto pela maioria (47,8%) dos estudantes, apresentou escore médio de EV global de 77,8 (DP±5,8) pontos, o que classifica o grupo com EV muito bom. O agrupamento 2 foi composto por 39,3% dos estudantes, e apresentou escore médio global de 63,1 (DP±7,0) pontos, sendo classificado com EV bom. O agrupamento 3 foi formado pela minoria (12,9%) dos estudantes, com escore médio global de 54,1 (DP±9,4) pontos, o que os classifica com EV regular. Nessa etapa de caracterização por agrupamento utilizamos o teste Kruskal Wallis e pós-hoc de Dunn para observar quais grupos diferem entre si em relação à pontuação do EV global e nos domínios (Tabela 4).

O Grupo 1 (EV muito bom) agregou os estudantes com os escores significativamente melhores em quase todos os domínios. Apenas nos domínios álcool, cigarro e drogas ele apresentou médias semelhantes ao Grupo 2 (EV bom) mas, quando comparado ao Grupo 3 (EV regular), apresentou os valores significativamente maiores em todos os domínios do EV.

O Grupo 2 (EV bom) agregou os estudantes com alguns comportamentos positivos, contudo, outros comportamentos podem melhorar para proporcionar mais benefícios à saúde. Como dito anteriormente, esse grupo foi significativamente pior que o Grupo 1 (EV muito bom) em todos os domínios, com exceção de álcool, e cigarro e drogas. Contudo, apresentou valores significativamente melhores que o Grupo 3 (EV regular) nos domínios da nutrição; cigarro e drogas; e álcool. Interessante notar que o Grupo 3 (EV regular) apresentou uma tendência não significativa de melhores escores no domínio da introspecção ($p=0,062$) que o Grupo 2 (EV bom).

Por fim, observamos em quais domínios e questões a pontuação média dos grupos não atingiu 50% dos valores possíveis, sendo indicativo de resultados ruins. O Grupo 1 atingiu exatamente o valor médio (50% dos pontos) no domínio da atividade física, com pontuação inferior aos 50% na questão referente a ser vigorosamente ativo. O Grupo 2 não atingiu 50% dos valores possíveis nos domínios e questões referentes à atividade física, comportamento e introspecção; e, embora tenha atingido mais de 50% dos pontos no domínio nutrição, apresentou pontuação inferior nas questões sobre ter uma dieta balanceada e comer com frequência açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos. O Grupo 3 não atingiu 50% do escore possível nos domínios e questões referentes à atividade física, nutrição e comportamento. Merece destaque a baixíssima pontuação desse grupo na questão referente ao consumo de drogas como maconha ou cocaína, onde temos que 79% dos estudantes do grupo 3 referiram fazer uso.

Tabela 4 Pontuação do estilo de vida global, em cada domínio e em cada questão, por agrupamentos de estudantes (n=626) dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017.

Pontuações do Questionário Estilo de Vida Fantástico	Pontos possíveis	Grupo 1 (n=299)	Grupo 2 (n=246)	Grupo 3 (n=81)
Estilo de Vida Global	0 a 100	77,8^{**ab}	63,1^{**c}	54,1
Domínio Família e Amigos	0 a 8	7,3^{**ab}	6,2	5,8
1. Tenho alguém para conversar sobre as coisas que são importantes para mim	0 a 4	3,6	3,1	3,0
2. Dou e recebo afeto	0 a 4	3,7	3,1	2,9
Domínio Atividade Física	0 a 8	4,0^{**ab}	2,2	2,5
3. Sou vigorosamente ativo ao menos 30 minutos por dia (corrida, bicicleta)	0 a 4	1,9	1,0	1,2
4. Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	0 a 4	2,1	1,2	1,3
Domínio Nutrição	0 a 12	8,3^{**ab}	6,3^{*c}	5,2
5. Como uma dieta balanceada	0 a 4	2,6	1,8	1,5
6. Frequentemente como em excesso açúcar, sal, gordura animal e salgadinhos	0 a 4	2,3	1,7	1,4
7. Estou no intervalo de 4 quilos do meu peso considerado saudável	0 ou 4	3,4	2,8	2,4
Domínio Cigarro e Drogas	0 a 16	14,4^{**b}	14,3^{**c}	8,8
8. Fumo Cigarros	0 a 4	3,8	3,9	2,2
9. Uso drogas como maconha e cocaína	0 a 4	3,6	3,9	0,8
10. Abuso ou exagero nos remédios	0 a 4	3,8	3,6	3,1
11. Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá ou “colas”)	0 a 4	3,1	3,0	2,7
Domínio Álcool	0 a 12	10,7^{**b}	10,9^{**c}	6,7
12. Minha ingestão média por semana de álcool é de 4 a 7 doses	0 a 4	3,9	3,9	2,6
13. Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	0 a 4	3,2	3,2	1,6
14. Dirijo após beber	0 a 4	3,5	3,7	2,5
Domínio Sono, cinto, estresse e sexo	0 a 20	16,0^{**ab}	12,4	12,7
15. Durmo bem e me sinto descansado	0 a 4	2,5	1,5	1,7
16. Uso cinto de segurança	0 a 4	3,9	3,6	3,7
17. Sou capaz de lidar com o estresse do dia-a-dia	0 a 4	3,2	2,1	2,1
18. Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	0 a 4	3,0	1,9	2,5
19. Pratico sexo seguro	0 a 4	3,4	3,2	2,7
Domínio Comportamento	0 a 8	4,9^{**ab}	3,0	3,7
20. Aparento estar com pressa	0 a 4	2,0	1,2	1,5
21. Sinto-me com raiva e hostil	0 a 4	2,9	1,8	2,2
Domínio Introspecção	0 a 12	9,0^{**ab}	5,5	6,2
22. Penso de forma positiva e otimista	0 a 4	3,2	2,1	2,3
23. Sinto-me tenso e desapontado	0 a 4	2,7	1,5	1,9
24. Sinto-me triste e deprimido	0 a 4	3,0	1,9	2,1
Domínio Trabalho ou função	0 a 4	3,2^{**ab}	2,2	2,3
25. Estou satisfeito com meu trabalho ou função	0 a 4	3,2	2,2	2,3

**p<0,001 e *p<0,05 pelo Teste Kruskal Wallis com pós-hoc de Dunn para testar diferença entre grupos: ^a G1 ≠ G2; ^b G1 ≠ G3; ^c G2 ≠ G3

A análise do padrão de participação dos estudantes nos agrupamentos mostra que foram estatisticamente significativas as diferenças em relação ao sexo ($p < 0,001$); a classe econômica ($p = 0,001$); a escolaridade dos pais ($p < 0,001$); a moradia atual ($p < 0,001$); e a forma de deslocamento para a universidade ($p < 0,001$) e curso ao qual pertence. Contudo, não houve diferença significativa pela faixa etária ($p = 0,783$); raça/cor da pele ($p = 0,126$); se trabalha ($p = 0,124$); com quem mora ($p = 0,318$); e período em que está no curso ($p = 0,195$).

Tabela 5. Características sociodemográficas e da vida acadêmica separados nos três agrupamentos identificados em estudantes dos cursos de saúde da Universidade de Brasília, 2017.

Variável	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	P-valor*
	(n=299)	(n=246)	(n=81)	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo				
Feminino	167 (45,5)	171(46,6)	29 (7,9)	<0,001
Masculino	132 (51,0)	75 (29,0)	52 (20,1)	
Faixa etária				
<=24 anos	254 (46,7)	220 (40,4)	70 (12,9%)	0,301
>24 anos	45 (54,9)	26 (31,7)	11 (13,4%)	
Raça/cor da pele				
Branca	151 (53,7)	97 (34,5)	33 (11,7)	0,126
Parda	93 (42,5)	98 (44,7)	28 (12,8)	
Preta	39 (47,6)	30 (36,6)	13 (15,8)	
Outras ^a	16 (36,4)	21 (47,7)	7 (15,9)	
Local da moradia atual				
Plano piloto	125 (57,3)	62 (28,4)	31 (14,2)	<0,001
Cidade satélite	174 (42,6)	184 (45,1)	50 (12,2)	
Trabalha				
Sim	55 (46,2)	42 (35,3)	22 (18,5)	0,132
Não	244 (48,1)	204 (40,2)	59 (11,6)	
Mora com				
Pai, mãe ou ambos	231 (47,6)	196 (40,4)	58 (12,0)	0,318
Outros ^b	68 (48,2)	50 (35,5)	23 (16,3)	
Escolaridade dos pais juntos ^c				
Ensino médio e Ensino Superior	158 (41,4)	171 (44,8)	53(13,9)	<0,001
Ensino Superior e Pós-graduação	141 (58,3)	74 (30,2)	28 (11,6)	
Classe econômica ^{d e}				
A2	62 (62,6)	29 (29,3)	8 (8,1)	<0,001
B1	104 (54,1)	67 (34,9)	21 (10,9)	
B2	85 (39,9)	98 (46,0)	30 (14,1)	
C	43 (38,7)	47 (42,3)	21 (18,9)	
Deslocamento Universidade				
Veículo próprio	152 (40,9)	166 (44,6)	54,0 (14,5)	<0,001
Outros ^f	147 (57,9)	80 (31,5)	27,0 (10,6)	
Período				
Ingressante	133 (50,2)	105 (39,6)	27 (10,2)	0,195
Intermediário	166 (46,0)	141 (39,1)	54 (15,0)	
Cursos				
Ed. Física	84 (53,5)	47 (29,9)	26 (16,6)	<0,001
Medicina	56 (55,4)	34 (33,7)	11 (10,9)	
Farmácia	32 (41,6)	37 (48,1)	8 (10,4)	
Saúde Coletiva	26 (36,6)	31 (43,7)	14 (19,7)	
Odontologia	29 (40,8)	35 (49,3)	7 (9,9)	
Nutrição	42 (63,6)	19 (28,8)	5 (7,6)	
Enfermagem	30 (36,1)	43 (51,8)	10 (12,0)	

* Teste Qui-quadrado de Pearson ^a Refere-se a amarela, indígena e outra; ^b Mora com conjugue, amigos, outros familiares, na pensão ou em moradia universitária; ^c Dois questionários não reportavam a escolaridade dos pais; ^d Calculada de acordo com os critérios ABEP (2012); ^e Onze questionários não reportaram dados da classe econômica; ^f Refere-se a carro ou moto; ^g transporte coletivo ou carona; a pé e ou/bicicleta.

6.2 Resultados da abordagem qualitativa

Para avançar no entendimento sobre o EV e saúde no contexto universitário, foram realizados seis grupos focais compostos por 54 estudantes dos cursos de Educação Física (GFEF); Saúde Coletiva (GFSC) e Nutrição (GFNUT), com 28% dos participantes do sexo masculino e 72% do feminino. Nesses grupos a média de idade foi de 21,3 (DP± 2,1) anos (variação de 19 a 31 anos); e maioria de raça/cor da pele parda (44%), que morava nas cidades satélites (83%); não trabalhava (96%); matriculado em períodos intermediários do curso (83%) e pertencia ao nível socioeconômico da classe B (67%).

Buscando desvelar condições objetivas e subjetivas que podem resultar em EV distintos e distintivos entre estudantes dos cursos de saúde, foram selecionadas três categorias centrais a partir das narrativas compiladas nos grupos focais para auxiliar as reflexões sobre o EV durante a vida universitária, são elas: significados de EV saudável; os facilitadores e as barreiras no contexto universitário para um EV saudável; e a relação paradoxal entre ser estudante de um curso de saúde e ser saudável.

Na primeira sequência do grupo focal os estudantes foram estimulados a expressassem suas percepções sobre a categoria que remete aos **significados de ter um EV saudável**. Emergiram relatos que relacionam o EV aos comportamentos normatizados socialmente, tais como atividade física, nutrição e sono. No entanto, foram mais abundantes os relatos que relacionam um conjunto de fatores que coadunam com o EV e que destacam a interação das pessoas com o contexto na definição dos comportamentos.

A abordagem comportamental que responsabiliza o indivíduo pela adoção de comportamentos pode ser vista nas falas a seguir.

Eu me considero saudável em relação ao meu estilo de vida. Consigo manter um padrão de atividade física, me alimentar bem. Consigo dormir em quantidade suficiente e me sinto bem. Tenho uma alimentação variada e faço atividade física quase todos os dias, tenho tempo para lazer também. (GFNUT)

Para mim também é a mesma coisa. Tento fazer **atividade física** quase todos os dias da semana, **consumir água** nas quantidades recomendadas e ter uma **alimentação** mais variada. Não é todo dia que conseguimos seguir tudo, mas tentamos. (GFNUT)

Eu também acho que, comparando com meus amigos e familiares, no geral, **minha dieta não é tão ruim**. Por mais que eu goste de **doce e pizza**, como um ser humano normal (risos), **eu tento comer o mínimo possível**. Deixo esses **alimentos** mais para comemorações, não é algo que eu costumo comer com frequência. No geral, mesmo tendo muita coisa para melhorar ainda, eu me considero uma pessoa saudável. (GFNUT)

Acredito que **envolva se colocar em primeiro lugar**, porque tem muitas pessoas que entram em um estilo de vida que elas acreditam que é saudável, porém, para alcançar um objetivo específico. **Quando a pessoa se coloca em primeiro lugar**, ela **se preocupa com ela mesma**, tenta **garantir o próprio bem-estar e equilíbrio**. Essa preocupação consigo entra no conceito de estilo de vida saudável. (GFNUT)

Outra abordagem de EV e saúde que também emergiu foram relatos que remetem a questões como felicidade, prazer; relação sociais com a família e os amigos; o meio ambiente; o contexto social; a capacidade de lidar com os problemas e de buscar o equilíbrio nas ações cotidianas; conforme mostram os fragmentos de falas a seguir.

Eu acho que todo mundo tem um **estilo de vida muito agitado**, todo mundo **esta sempre fazendo alguma coisa**, isso interfere no estilo de vida, **vivemos cansados**. Estamos o tempo todo **nos doando para alcançarmos nossos objetivos**, mas acredito que **se pudermos fazer as coisas com felicidade e prazer, fica mais leve e nosso estilo de vida fica saudável**. Mas realmente **não tem como ser cem por cento saudável**, sempre estamos fazendo algo, **muita correria**. (GFEF)

Para mim, é você ter a **capacidade de ver o seu todo** de um jeito saudável, não somente com você mesmo, mas **também com o ambiente**. Por exemplo, pra você ser saudável, não basta apenas ter um estilo de vida saudável, comer bem, não ter doenças, você **precisa estar em um ambiente que favoreça** com que você seja saudável. (GFEF).

Penso que são varias coisas que compõem uma vida saudável, como **a saúde física, a saúde mental, o relacionamento com os amigos e a família**. Pra manter um estilo de vida saudável, deve-se ter um **equilíbrio**, não exagerar em nenhum dos pontos. Não dá para estarmos bem o tempo todo, ninguém é isento de problema, mas ter um estilo de vida saudável é **conseguir lidar com esse problema** e sempre tentar buscar o equilíbrio. Além de estar bem com todos os pontos da sua vida, é **estar bem consigo mesmo**. Devemos **conhecer nossas limitações, aceitar quem somos, aceitarmos nosso corpo**. (GFNUT)

Não carrego aqueles parâmetros de que pra ser saudável, você precisa se exercitar, comer bem, etc. Eu acho que quando chega a noite, **eu tenho uma casa, eu tenho uma cama**. Esses dias choveu bastante em Brasília e **eu tinha onde dormir. Eu tinha o que comer**, então pra mim isso é ok. Eu estou bem. Acho que o conceito de saudável é muito pessoal, porque **a realidade que eu vivo** não é a mesma de uma pessoa que mora no Rio Grande do Sul. Pra mim é saudável, **tomar uma cerveja no final do dia**. Pode não ser uma questão saudável para o corpo, mas para a minha mente é. Eu acho que são essas coisas pequenas. (GFSC).

A parte central da sessão dos grupos focais incentivou os estudantes a explorarem a relação entre o EV e a saúde durante sua vivência no contexto universitário, emergindo os **facilitadores e barreiras do estilo de vida saudável no contexto universitário**. Houve um entendimento coletivo sobre as mudanças no EV com o ingresso na universidade. Em adição,

o contexto universitário foi mais relacionado a barreiras do que a facilitadores para a adoção de EV saudáveis. Quatro subcategorias emergiram na percepção dos estudantes: a falta de tempo, o sistema universitário, o ambiente universitário e as pressões sociais.

Quase unanimemente, a falta de tempo aparece como barreira para escolhas de EV saudáveis. O tempo está imbricado nas prioridades relacionadas às atividades acadêmicas, nas relações com o descanso e lazer, e na disponibilidade para realizar atividades que sejam promotoras de saúde. Vejamos as falas.

Eu **até fiz por bastante tempo atividade física na hora do almoço**, mas até que ponto isso é ser saudável? **Você deixa de comer**, come mais cedo ou bem depois, correndo. Fora que é **naquele sol, sem tempo pra descansar depois** ou tomar um banho. Então **não sei até que ponto isso é saudável!** (GFEF)

Além de todo o tempo, corremos demais, tem **trabalho, reunião**, se você estiver fazendo atividades **não tem tempo nem disposição para sair e fazer uma atividade física** ou pensar em um dia antes parar e organizar. **Não temos espaço na cabeça pra pensar esse tipo de coisa**, temos outras atividades que julgamos mais importantes do que isso. Então, **é uma questão de prioridade** [...] (GFNUT)

É o tempo, mesmo. Quando não estamos na **aula**, estamos **estudando** ou **trabalhando**. **Não temos espaço pra atividade física**. (GFSC)

[...] Enfim, acho que depois que entrei na universidade **não tenho tempo** nem para **preparar minha comida** em casa. Engordei 9 quilos. **É uma vida muito corrida**, você tem que se virar nos 30 para **dar tempo** de fazermos tudo, inclusive nos divertir, afinal, não é só estudar. (GFEF)

As **prioridades acadêmicas mudaram** também, pois **antes eu dormia bastante**. Agora, ou durmo ou estudo, **pois o único tempo livre para estudar** é quando chego que em casa, **virando a madrugada e até finais de semana**, que poderia estar me divertindo ou me dedicando a minha família. Eu tenho que **abrir mão para poder ter uma boa vida acadêmica**. (GFSC)

Se quisermos formar, temos que pegar o máximo de créditos no semestre, e **isso significa não ter tempo para nada**. Temos **tempo para respirar na hora do almoço**. Essa **sobrecarga** dificulta muito até para pensarmos em dormir melhor. Eu mesma, se dormir no final de semana, sempre me pego pensando que poderia estar fazendo alguma outra coisa importante. (GFSC)

Na subcategoria do sistema universitário aparecem aspectos relativos aos cursos (período integral), matrizes curriculares e grades de horárias, métodos de ensino e carga excessiva de trabalhos, estágios, monitorias, atividades extraclasse e outras demandas. Todos esses aspectos foram citados como barreiras para a adoção de um EV saudável. Vejamos:

A grade é muito pesada e pouco distribuída. (GFNUT)

Se você fizer um curso, por exemplo, não é desmerecendo, mas pelo **horário da UnB** as vezes **ficamos de 8h as 18h**, em **tempo integral**. Qualquer outro curso em outra faculdade de um só período, você **terá um tempo maior para**

si, um tempo maior pra sua felicidade, ou um **tempo pra fazer outras coisas**, como estudar, algum esporte, ou algo que você goste mesmo. A universidade publica, ainda mais em **tempo integral**, te proporciona uma vida “hard”. (GFEF)

Já reparei que aqui na UnB, temos **muita coisa na hora do almoço: reunião da atlética, reunião da classe, monitoria etc.** Meu professor de anatomia esse semestre, por exemplo, falou que **teremos até três monitorias na hora do almoço. É um absurdo ter aula de 8h as 18h e três monitorias na hora do almoço.** Todo mundo pega o tempo livre que tem e coloca coisa, então não tem tempo livre. (GFNUT)

Eu acho que **não tem necessidade ter sete matérias**, e apresentar **um trabalho final de cada uma**, sendo que **as matérias se conversam**, e eu preciso **fazer um trabalho quase igual pra cada uma** delas, e apresentar todos. Tem coisa que podia ser reduzida [...] (GFSC)

Não somente a **carga horaria**, mas também o **horário** que as matérias são estipuladas. Às vezes, **moramos longe** e complica, porque eu demoro 2h para chegar aqui. As **aulas começam cedo e acabam tarde**, sem levar em consideração que a universidade deveria ser acessível para pessoas que moram perto ou longe, independente da renda financeira. (GFNUT)

Quem **é atleta e precisa viajar** no final do semestre para competir pela universidade **não pode, ou leva faltas e perde provas, pois não cabem justificativas.** Então, se pra um atleta da universidade é difícil, imagine para um aluno que só está aqui para cumprir os créditos semestrais para conseguir se formar o quanto antes. (GFSC)

Contudo, alguns fatores do sistema universitário também foram considerados por alguns estudantes como facilitadores da adoção de um EV saudável, entre eles: centros acadêmicos, oferta de Práticas Desportivas, atividades socioculturais, semana do acolhimento e metodologias de ensino, como podemos verificar a seguir:

O **Centro Acadêmico é a melhor invenção que eles fizeram.** Eu não sei se todo mundo usa como nós usamos, mas **é um lugar perfeito** porque o tempo livre que temos vamos pra lá, encontramos outras pessoas, conversamos, ninguém fala de matéria, prova etc. **Falamos de outras coisas, pegamos várias dicas.** Nós, semestre passado, pegamos dicas, materiais, conhecemos muita gente. (GFNUT)

As **PD [práticas desportivas] são um grande facilitador.** Eu fiz uma no terceiro semestre, uma no sexto semestre, e **foi fazendo essas PD que eu descobri que eu realmente poderia querer fazer uma atividade.** Era mais querer fazer uma atividade física do que as dificuldades. **Se eu coloco na minha grade horaria uma atividade e eu realmente fazia, reparei que podia fazer isso todos os semestres.** Isso é um facilitador. Você olha pra isso e vê que pode fazer. (GFNUT)

O que gosto na UnB é que **ela sempre é bem viva, com violão, canto, dança e professores que pensam em outras possibilidades de aula**, como **sarau.** Os facilitadores acabam sendo criados entre nós, mas sempre temos que abrir mão de algo. (GFSC)

Outro ponto positivo particular da nossa FS [Faculdade de Ciências da Saúde] é que **o aluno tem espaço para falar**, ou **a quem recorrer**. [...] acho que tem um **cuidado da direção em nos ouvir**, aceitar nossas demandas e **estimular nosso senso crítico**. Acho que isso **é muito saudável**, porque **te faz sentir pertencente ao lugar**, te dá **espaço para se expressar**, **promovendo a saúde mental** e fazendo-nos sentirmos bem em um local que passamos metade dos nossos dias. Eu me sinto orgulhosa de fazer parte da FS (GFSC)

Aqui temos a **semana de acolhimento**, na qual recebemos os calouros, e **fazemos umas festas** e coisas muito legais, levamos a galera pra conhecer tudo. **Criamos relações pessoais** que são bem interessantes. (GFSC)

Eu concordo que tem algumas **metodologias ruins**, mas sou muito militante do nosso curso no sentido de que **é o curso que mais tenta superar esse tipo de avaliação**. Fiz matérias em vários outros departamentos que são **totalmente verticais com o professor**, que **não está nem aí se você está aprendendo**, o problema é todo seu. Nisso, tenho que defender nosso curso, porque temos professores que são assim, mas **a maioria do curso busca superar isso** (GFSC)

As barreiras relatadas relacionadas ao ambiente incluem: espaços, estruturas, serviços e atividades. Os estudantes reclamam de falha na comunicação (dos projetos); da falta de segurança no Campus; da indisponibilidade de alimentação saudável (nas lanchonetes); dos problemas estruturais (locais para prática de esportes); das dificuldades enfrentadas (pelos estudantes do curso noturno);

Essa parte de **comunicação dos projetos dentro da universidade, entre os departamentos, é muito falha**. (GFNUT)

Eu acho também que o **curso noturno sai um pouco em desvantagem** em relação aos outros turnos, pois se o aluno **quer acessar a academia, ela está fechada**, ou está tudo escuro. Acho que tinham que ter **ferramentas de acessibilidade** para a galera do **noturno**. **A carga horaria é um exemplo. Temos que cumprir toda uma carga horaria de modulo livre, mas não conseguimos**. (GFSC)

Isso **sem falar na segurança, pois a noite tem pouco movimento**. Temos vários **assaltos** no horário noturno, **saímos daqui inseguros** e em grupo. **A sensação de insegurança desanima**, desmotiva. (GFSC)

A **alimentação é péssima na lanchonete**. Se ser saudável é comer algo saudável, aqui não temos isso, e deveriam nos proporcionar. Na **prática de esportes** temos **um centro olímpico totalmente limitado**, cheio de defeitos. Não conseguimos verba pra consertarem pista de atletismo; o **ginásio está interdito**. (GFEF)

[...], mas aqui mesmo, dentro da universidade inteira, **pra você achar um local que disponibilize uma comida mais natural e saudável, é muito difícil**. [...] é muito complicado porque **você pode não ter o tempo pra fazer, mas a estrutura não tem restaurantes e lanchonetes na universidade** que proporcionem uma **opção mais saudável** de alimentação. (GFNUT)

Outras questões relacionadas ao ambiente universitário foram vistas pelos estudantes como facilitadores de EV saudável, como o Restaurante Universitário, por oferecer alimentação acessível e cardápio balanceado; laboratórios de informática e os espaços promotores de saúde.

Teve uma coisa que eu achei muito legal aqui. Tiveram a **ideia de reformar o espaço Cora Coralina**, que eu acho que ajudou muito algumas pessoas, pois **não são todos os CA que têm um micro-ondas** pra esquentarmos a comida, **ou uma geladeira**, alguma coisa. Eu acho que **isso dá uma ajuda** também (GFEF).

Acho que tem essa questão do **RU** [restaurante universitário], que realmente **é acessível**, com um **cardápio bom**, na medida do possível (GFNUT)

Eu gosto muito dos **laboratórios de informática** que tem no primeiro andar. Não tenho notebook, compartilho computador com meus pais para fazer trabalhos, então muitas vezes tenho dificuldade de chegar em casa e ter o computador livre pra mim. **Ter o laboratório de informática aqui me possibilita ficar aqui mais tempo**. Acho isso **um facilitador para não ter que, por exemplo, virar a madrugada fazendo trabalho**, etc. Tenho uma opção aqui mesmo. (GFNUT)

A faculdade na área da saúde **promove a saúde, então temos espaço para comer, deitar, descansar**, etc; em **outras faculdades, não oferecem esses espaços, os alunos comem e deitam no chão**, a estrutura é abalada (GFSC)

As pressões sociais emergem como um problema intrinsecamente relacionado à saúde mental dos estudantes. Os estudantes relatam em suas falas que enfrentam diferentes tipos de pressões e cobranças sociais sejam elas: acadêmica, profissional, pessoal, familiar e de amigos. Alguns dos relatos soavam como um desabafo, carregados de expressões gestuais que expressavam angústia e ao mesmo tempo leveza por estar compartilhando.

Eu particularmente acho que **a saúde mental é a mais prejudicada**. Tem a saúde física também, alimentação, mas eu vejo que tem **uma pressão muito grande nos alunos. Você tem que conseguir um estágio, você tem que tirar nota boa, você tem que ter convívio com seus colegas...** Então é um **conjunto de pressões que você sofre** que eu acho que acabam prejudicando. Por isso que **tem muito aluno ansioso**. Eu sou uma das que tem ansiedade clinicamente comprovada. Então, acho que **a gente é prejudicada muito mais no aspecto mental do que qualquer outro**, o que acaba desencadeando outros tipos de problemas. (GFSC)

O **excesso de preocupações** influencia muito em tudo, **é muita preocupação**. Por exemplo, **existem professores** que acham que você vive em prol da matéria dele, **ou relacionamentos** em que **seu companheiro** acha que você vive pro relacionamento, e **na família** é a mesma coisa. No meu caso, **minha mãe quer que eu me forme logo pra sair de casa**, ela disse que filho é até os 18 anos e que ela já me criou, que é hora de ir pro mundo. Eu concordo, mas **se eu não tivesse essas preocupações eu seria mais saudável**. Hoje em dia sou muito menos saudável. (GFEF)

A independência acaba sendo muito maior e você precisa decidir tudo que vai fazer, inclusive como administrar as suas questões pessoais. Então, pelo menos no primeiro momento, **acaba sendo um período mais difícil**, porque **você não está acostumado com a independência**. Você tem que se organizar do jeito que você prefere ou consegue. (GFNUT)

Os **hábitos alimentares mudaram também**, eu busco sempre trazer comida de casa pra não ficar comendo fora. Mas não é a mesma coisa, ficar comendo comida requentada todo dia. E **as vezes eu não estou afim de comer comida requentada**, aí eu vou e compro um salgado, **passo num *fast-food*** porque é barato, é gostoso, e **eu preciso descontar na comida o que estou passando na UnB.** (GFSC)

Temos **ansiedade, cobranças pessoais e profissionais**, e isso só piora. **Eu era uma pessoa diferente quando entrei, tinha uma perspectiva profissional**, mas quanto mais perto ficamos de formar isso piora. **Noite passada eu não dormi, pensando no que eu iria me tornar.** A **universidade potencializa** isso no país. A saúde coletiva é ainda mais cobrada do que outros cursos. Os **espaços de dialogo aqui são com comparações fortes, uma grande disputa.** Nosso emocional acaba! Ficamos desgastados. (GFSC)

Além da **faculdade**, que parece **uma força invisível**, tem **uma nuvem que já pesa sobre você**, em relação as coisas que você tem que fazer. **A faculdade traz uma nuvem assim, que faz você se sentir culpado** naturalmente, e ainda temos **ossos pais, amigos e irmãos que não compreendem** (GFSC).

Eu acho que a **universidade deixa** as pessoas **doentes, mentalmente e fisicamente** porque o corpo fica cansado. **Sua mente fica muito sobrecarregada.** Então eu acho que aumenta o estresse, isso leva a pessoa a ficar doente, desanimada (GFEF).

Mas também tem essa questão de **se relacionar com o outro**. Por **conta de abuso**, alguém que sofre abuso, **pode não se considerar saudável psicologicamente** porque ela **tem uma dependência, principalmente nesse ambiente de faculdade**. As vezes temos **medo de um professor**, aí ficamos meu Deus, socorro! Saímos correndo dele. Isso **dificulta você ser saudável no ambiente**. Sua relação com o outro interfere. (GFEF)

[...]. **É com isso [a faculdade] que as pessoas vão ficando doente.** É por causa dessa **sobrecarga mental** que as pessoas vão adquirindo. Elas **vão só adoecendo**, ficam estressadas, às vezes até entram em depressão. Uma coisa que era pra ser feliz, acaba não sendo tão feliz assim” (GFEF).

Um tempo dos grupos focais foi dedicado a entender se a condição de estudante de um curso de saúde contribuía para um EV saudável, emergindo das falas uma categoria que remete a um **paradoxo entre a formação em saúde e ser saudável**. Os universitários reconhecem a contribuição dos cursos de saúde para a aquisição de conhecimentos teóricos sobre o EV saudável, no entanto, destacam que fatores do contexto universitário e da rotina acadêmica de seu curso, além de outros relacionados às suas condições de vida, influenciam suas escolhas de EV, como mostram as narrativas a seguir:

Eu acho que **isso ocorre em praticamente todos os cursos da área da saúde**. Conversei com várias pessoas e **a maioria delas reclama do fato de fazermos um curso da saúde, mas não termos ajuda para ter uma vida saudável, não promovem a saúde dos próprios alunos**. Com todos os fatores que foram citados (trabalho, rotina, ficar aqui o dia inteiro), acrescentaria que um fator muito importante seria o tempo para o estudo. (GFNUT)

A gente **sabe que deveria ser mais saudável**, mas **não é permitido pela universidade**. A gente **não tem tempo** pra ser mais ativo, ser saudável, comer direito. É a universidade! (GFEF)

O que nos diferencia é **o conhecimento aprofundado, sabemos o porquê de algo nos fazer mal, mas não influencia no nosso estilo de vida**. O que nos influencia, às vezes, **são fatores externos da nossa realidade**, como vivo, onde vivo, como acordo, e não só o saber. Acho que saber, todos sabem, mas **o difícil é colocar isso em pratica**. (GFEF)

Aquilo que a **universidade nos oferece para facilitar**, nos obriga a **abrir mão de algo sempre**. Eu **fazia circo, tive que parar, pois estava chegando atrasada e o professor me chamou a atenção**. (GFSC)

Não é porque eu sou um aluno de saúde, que a minha saúde melhorará, que eu terei acesso às coisas melhores. **Eu sei o que é melhor e o que não é, mas nem sempre tenho acesso as coisas**. Ser aluno de saúde não implica, necessariamente, em ter uma saúde melhor. A pessoa vai ter conhecimento do que é melhor, mas será que ela tem acesso a isso? (GFSC).

De forma mais explicita, alguns estudantes relacionam sua participação em um curso da saúde com cobranças, sofrimento e adoecimento, em particular no curso de nutrição. Vejamos:

Não, eu acho que até coloca um pouco de pressão. Dentro da nutrição, **aprendemos muito sobre ser saudável, conceitos, dietas específicas, mas muitas pessoas acreditam que a grande maioria dos alunos da nutrição não consigam colocar isso em pratica. Com essa carga por conhecer e ao mesmo tempo não conseguir praticar em si mesmo, acaba gerando uma pressão individual, porque você se sente hipócrita**. (GFNUT)

As vezes você **deixa de comer o que quer, por ser da nutrição**. As vezes você é chamada pra ir na pizzeria e pensa “eita... **vão me julgar**”. Aí **você deixa de ir ou de fazer as coisas por conta de julgamento dos outros. Isso acaba trazendo ansiedade**, porque as vezes **ao invés de comer com as pessoas, você prefere comer sozinha pra ninguém te julgar**. Chocolate mesmo eu evito de comer perto dos meus amigos, porque eles sempre falam “você não está fazendo nutrição? Por que você esta comendo chocolate?” (GFNUT)

Vimos um artigo sobre distúrbios alimentares nos cursos, e **o curso da nutrição é o que tem a maior quantidade de alunos propensos a terem algum distúrbio alimentar, justamente pela pressão que sofremos e as vezes não conseguimos**. (GFNUT)

Não obstante, um elemento positivo na relação entre estar em um curso de saúde e ser saudável foi relacionado a conhecimentos específicos apreendidos, como mostram as falas a seguir:

Acho que **uma coisa muito positiva do nosso curso foi aprender a cuidar do outro**; tivemos **noção de cuidados com o colega**, como quando alguém faltava demais e perguntávamos o que estava acontecendo, sempre tentamos conversar. Nós **temos muito isso de cuidado. Levo isso pra minha vida**, pois a **minha percepção dos outros mudou**, isso é saúde também. (GFSC)

(...) nosso **curso em si traz muito conhecimento** sobre a área da alimentação. **Apesar de tudo, melhorei minha alimentação. Antigamente não dava muito valor a frutas e verduras**, principalmente. Eu me alimentava bem, mas não comia o resto. (GFNUT).

Eu acho que **contribui porque temos maior conhecimento acerca dos assuntos, mas aumenta a nossa responsabilidade**. (GFSC)

Muito embora essa não seja uma categoria a priori, apresentaremos as **sugestões para uma UnB saudável**, pois em geral apresenta falas relacionadas à categorias previamente apresentadas, optamos por apresentar essas falas de forma separada por dois motivos: primeiramente porque os estudantes estavam bastante pensativos e incomodados com as situações relatadas, quase que num clima de desabafo, apesar de acharem muito importante estarem sendo escutados; e segundo, porque se mostraram bastante interessados em discutir como a situação atual poderia ser melhorada. Assim, a parte final dos grupos focais foi dedicada às sugestões para que a UnB possa se desenvolver como uma universidade promotora de saúde. Diversos aspectos foram reforçados, tais como: relações interpessoais; segurança no campus; acolhimento estruturado; palestras sobre saúde mental e organização do tempo; rodas de conversa para escutar os estudantes; e melhorar a informação sobre os projetos que a UnB oferta para os estudantes. Vejamos:

Tentar mudar esse **clima de individualismo** e procurar **ser mais colaborativo**, tanto **na relação alunos-alunos e na relação alunos-professor**, porque as vezes temos uma posição de aluno que tem medo de falar com o professor. **Melhorar essas relações no meio acadêmico**, iria facilitar muito a vida de todos aqui dentro. (GFNUT).

Ter **debates sobre a saúde mental**, e ter **rodas e grupos de conversas** ajudaria muito. Ter um **lugar pra compartilhar experiências, um ajudar o outro**, além de ser um papel da faculdade, também é dos alunos, e todos sentem muita falta disso. De alunos buscarem uma universidade mais saudável. (GFSC).

Eu acho que deveríamos ter mais **rodas de conversa pra escutar o que os alunos realmente querem**. É difícil ter uma roda de conversa pra falar da **nossa saúde**. Deveriam ter mais rodas de conversa, **alunos terem mais voz**. (GFEF)

Acho que uma questão também que a universidade poderia promover, seriam **palestras para os alunos sobre organização do tempo**. As vezes os professores podem até conversarem entre si, mas nós, seres humanos, **temos um problema com organização do tempo e muitas atividades**. Nós não queremos apenas faculdade, **também queremos uma atividade física, uma alimentação saudável, tempo pra lazer**; e as vezes, **a gente não sabe fazer isso, como organizar esse tempo**. (GFSC)

Têm **atendimento para a saúde mental, mas é muito restrito**. Eu tento um **atendimento desde o segundo semestre, mas já estou no oitavo e ainda não consegui**. (GFSC)

Eu acho que **quando entramos na universidade, estamos com a cabeça muito aberta, é muita novidade**. Esse seria um momento muito bom para termos um **acolhimento mais estruturado** da universidade **para os alunos que estão chegando**. Ter talvez essa **introdução sobre organização** e dar um “spoiler”, **nos avisar que vai ser desse jeito pra que a gente se prepare**, ter esse momento de calouro, primeiras duas semanas de aula. (GFNUT)

Não necessariamente **professores** conversarem entre si, mas **estarem abertos para as sugestões dos alunos**, porque **muitas vezes falamos com eles sobre as dificuldades e eles são fechados**. (GFNUT)

Promover **uma plataforma para a informação chegar aos alunos em tempo hábil**, seria muito interessante. A gente **estaria mais envolvida com os projetos**, porque **acredito que tenham vários, para ajudar no psicológico e outros aspectos, mas ficamos sabendo e já passou**, enfim, é um **problema bem serio de comunicação**. (GFNUT)

Deveríamos **ter mais espaços para interação, não somente pra atividades físicas**. Eu, por exemplo, **não tenho amigos aqui e passo o dia sozinha**. As **pessoas não se conhecem**, não tem o mesmo fluxo. Acho que **deveríamos ter um espaço melhor, mais confortável até pra descansar**. (GFEF)

Uma vida saudável é também **viver sem medo, ter uma policia especializada pro campus**, pra que **eu não tenha medo de ser estuprada** quando estiver saindo daqui a noite. (GFSC).

Meu sonho é que a **universidade fosse cheia de puffs, que a gente pudesse deitar e esperar as outras aulas, sabe!** Queria que fosse **cheia de espaços pra sentar, a sala de estudos fosse ampla**, porque não tem como descansar no CA. Já que **somos cobrados, eles poderiam retribuir um pouquinho**. (GFEF).

7 DISCUSSÃO

Este capítulo está organizado em cinco tópicos principais visando sistematizar a discussão relativa aos aspectos investigados nas duas etapas da pesquisa. Na primeira seção buscou-se descrever o perfil dos estudantes dos cursos de saúde, assim como mostrar uma síntese das dissonâncias e consonâncias no EV entre as abordagens quantitativas e qualitativas.

Na segunda, buscou-se sintetizar os determinantes do EV, tendo em vista as análises das características sociodemográficas e percepções surgidas com base nas vozes dos estudantes nos grupos focais. Na terceira seção, pretendeu-se fazer uma síntese sobre sofrimento e adoecimento na vivência do contexto universitário, em particular a saúde mental que emergiu como categoria relacionada ao EV.

Na quarta, a proposta foi evidenciar os significados do EV saudável para os estudantes dos cursos de saúde, assim como ressaltar as convergências e divergências encontradas entre as duas abordagens (quantitativa e qualitativa) selecionadas para analisar o fenômeno. Na quinta e última, apresentamos algumas sugestões para uma UnB que promova a saúde dos estudantes

A pesquisadora partiu do princípio de que a interpretação e a discussão aqui propostas são consideradas como uma, entre as inúmeras possibilidades existentes, para refletirmos sobre as complexidades das disposições imbricadas no gosto e nas escolhas representadas pelo espaço dos EV do grupo de estudantes dos cursos de saúde.

7.1 conhecendo os estudantes dos cursos de saúde: perfil sociodemográfico, estilos de vida e padrões de comportamento

7.1.1 Perfil sociodemográfico

A análise do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo possibilita caracterizá-los como representativos dos estudantes dos cursos de saúde da UnB, e permite comparações com a população geral de estudantes da instituição e das demais universidades federais brasileiras, indicando possibilidades e limites às extrapolações dos achados do presente estudo. Fenômenos complexos como a saúde e o EV são fortemente influenciados pelo contexto estrutural e social de grupos específicos e precisam ser compreendidos nessa perspectiva (COCKEHRAN, 2005; FROHLICH, CORIN, LOUISE POTVIN, 2001). Conhecer tais aspectos é fundamental uma vez que a idade, o sexo, a classe econômica e outras variáveis relacionadas às condições de vida são fatores determinantes para as escolhas de EV saudáveis (BOURDIEU, 2015; COCKERHAM, 2005).

Tal caracterização sociodemográfica se torna ainda mais relevante frente à implantação de políticas de acessibilidade no âmbito das instituições federais de ensino superior, a exemplo do REUNI e das cotas, que vêm contribuindo para a construção de um novo perfil de estudantes nas universidades públicas brasileiras, inclusive em cursos bastante concorridos, como é o caso de alguns na área de saúde (FONAPRACE, 2016). Cabe refletir se a democratização do acesso às universidades também se reflete na democratização da promoção da saúde e de EV saudáveis entre os estudantes, pois instituições educativas são espaços, assim como a família, “capazes de tecer, em tensas e intensas relações, disposições de *habitus*, um *modus operandi* de pensamento, além de um sistema de disposições que orientaria as escolhas de uma variedade infinita de práticas de cultura” (SETTON, 2015, p.1405).

O estudo constatou que a maioria dos participantes do estudo matriculados em cursos de saúde da UnB são mulheres (58,6%), autodeclarados da raça/cor branca (44,9%) e com idade inferior a 24 anos (86,9%). Esses dados se assemelham à população de estudantes da UnB em relação à idade (71,2%) e o componente raça/cor (40,0%), contudo, não existe diferença na distribuição entre os sexos masculino (49,1%) e feminino (50,9%) (UnB, 2017).

Quando comparada à população geral de estudantes das universidades federais brasileiras (FONAPRACE, 2016), os dados mostram similaridade. Existe predominância de mulheres (52,4%), da raça/cor branca (45,7%) e de jovens até 24 anos (66,9%). Mais especificamente, os cursos das ciências da saúde se caracterizam por serem majoritariamente femininos (66,6%) em universidades federais brasileiras.

No entanto, a diferença em relação à idade é marcada pela maior frequência (39,8%) de estudantes mais jovens (até 20 anos) no presente estudo do que na população de universitários brasileiros (14,9%). Jovens geralmente são bastante influenciáveis e se engajam em uma variedade de práticas sociais que podem favorecer ou prejudicar sua saúde (BARBOSA et al., 2015; CAMPOS et al., 2016). Embora algumas dessas práticas possam ser de natureza transitória, outras podem permanecer, o que reforça a necessidade de se refletir sobre o tema do EV nessa população.

É importante considerar ainda que o adolescente não é mais uma criança, mas também não é um adulto com identidade construída. Está vivenciando um período de grandes transformações, amadurecimento e de indecisão. Segundo Le Breton (2017, p.87), nessa fase “Essa reorganização simbólica e efetiva induz um período de turbulência difícil de viver pelo jovem e pelos pais”, e diríamos que o mesmo se repete em suas vivências na universidade.

Outro dado distinto se refere à proporção de estudantes pretos (13,1%) nos cursos de saúde da UnB, superando inclusive os percentuais (10,0%) na população de estudantes da

instituição (UnB, 2017) de estudantes das universidades federais (9,8%). A maior frequência de estudantes da raça/cor da pele preta pode estar relacionada ao fato histórico de a UnB ter sido a primeira universidade pública federal a adotar a política de ação afirmativa de cotas raciais, e também a primeira IES a reconhecer que fomentar o acesso ao ensino superior era insuficiente para reverter o grau de exclusão de negros e indígenas (FILICE, SANTOS, 2010). Vale destacar que o percentual de estudantes da raça/cor da pele parda e preta aumentou significativamente nas universidades federais brasileiras (de 44% em 1996 para 53% em 2014) em virtude das políticas de inclusão e das ações afirmativas (FONAPRACE, 2016).

Dando continuidade, a maioria dos jovens estudantes dos cursos de saúde não trabalham (81,0%), são sustentados pela família (87,7%) e moram com seus pais (77,5%) em áreas periféricas ao Plano Piloto (65,2%). Esses dados diferem bastante da população geral de universitários brasileiros⁹, pois proporções muito menores de graduandos brasileiros declararam que não trabalham (34,3%) e que moram com os pais (46,7%), sendo diferentes inclusive dos dados encontrados para a região Centro-Oeste, onde 28,8% não trabalham e 52,9% moram com os pais (FONAPRACE, 2016).

É bastante provável que a realidade econômica permita aos estudantes pesquisados depender dos pais (morar com e ser sustentados por eles), pois observou-se que a maioria dos estudantes dos cursos de saúde da UnB estão concentrados nas classes A e B, e apenas 18,1% pertencem à classe C. Outra provável relação para os participantes do presente estudo se refere à classe econômica e nível de escolaridade dos pais: 38,8% dos estudantes têm ambos os pais com ensino superior e/ou pós-graduação e apenas 32,0% têm ambos os pais com o ensino médio ou menor escolaridade.

Dados nacionais indicam que a realidade econômica dos estudantes difere um pouco: embora nas universidades federais a predominância também seja das classes A e B, 43,7% dos estudantes pertencem às classes C, D e E (FONAPRACE, 2010). Contudo, esse mesmo estudo apontou que a área de ciências da saúde apresenta a maior proporção de estudantes (52,4%) que não trabalham e não estão à procura de trabalho (FONAPRACE, 2016) e que a frequência de pais de estudantes da saúde com formação de nível superior (28,6%) e pós-graduação (22,2%) é maior do que em outras áreas de conhecimento (FONAPRACE, 2010).

⁹ No presente texto será utilizada a expressão “população geral de estudantes ou de universitários para se referir ao grupo de estudantes de todas as áreas do conhecimento das universidades federais brasileiras, conforme pesquisas realizadas pela Andifes nos estudos mais recentes, com dados de 2014, do Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE, 2016).

Quanto ao local de moradia, 34,8% dos estudantes da saúde referiram morar no Plano Piloto, região central do DF. A exemplo do que ocorre em outras cidades, a delimitação territorial do DF obedece a uma estratificação de classes sociais, com concentração de pessoas mais abastadas em seu centro e os mais pobres na periferia (RODRIGUES, 2007; CODEPALAN, 2014). Entretanto, essa relação não é totalmente linear uma vez que, no DF. Casas e mansões podem ser localizadas em regiões mais periféricas, com grandes áreas verdes, e alguns residentes do Plano Piloto podem morar em repúblicas, ou alugar quartos ou pequenos apartamentos. Mais relevante é compreender que o local de moradia é uma variável estrutural importante, relacionada à qualidade da habitação, ao acesso a serviços básicos. Por exemplo: água tratada, saneamento básico, coleta de lixo, e proximidades com supermercado, hospitais, parques e com a própria universidade (COCKERHAM, 2005).

Por fim, embora muito jovens, tem-se que 40,6% dos estudantes da saúde da UnB informaram que se deslocam para a universidade por meio de transporte próprio (carro ou moto). Tais dados são duas vezes maiores que o reportado pelo geral dos estudantes das universidades federais (20,1%), porém estão de acordo com a realidade apresentada na região Centro-Oeste, onde o deslocamento por meio de transporte próprio foi o mais alto da Federação (34,4%).

Em se tratando das características sociodemográficas, além de mais jovens e com uma proporção maior de estudantes pretos, os estudantes dos cursos de saúde da UnB apresentam perfil distinto e distintivo em relação ao perfil socioeconômico geral dos estudantes de diversos cursos das universidades federais: a escolaridade dos pais é mais alta, a maior parte não trabalha e mora com os pais, e é maior a proporção de estudantes das classes sociais mais elevadas (A e B). Vale mencionar que estudantes dos cursos da saúde tendem a ter maior renda e pais com maior escolaridade em relação aos estudantes dos demais cursos em âmbito nacional.

O sociólogo Pierre Bourdieu (2015) detalhou, em seu clássico estudo “A distinção”, como a classe social exerce poderosa e decisiva influência nos EV, incluindo análises das diferenças nas preferências entre profissionais franceses da classe média alta e da classe trabalhadora. Por exemplo, a classe trabalhadora dava preferência a alimentos baratos e nutritivos enquanto as classes mais altas preferiam alimentos saborosos, saudáveis e de baixa em caloria. Adicionalmente, a análise da escolaridade de pais e mães categorizada conjuntamente nos aproxima do constructo de capital cultural discutido por Bourdieu (2015), no que se refere a conversão, acumulação e transmissão da cultura (familiar) como mediadora das escolhas do EV. Maiores níveis de educação aumentam a crença em relação à capacidade dos indivíduos de controlar ou modificar o ambiente, à medida que a educação aumenta a

eficácia apreendida (ROSS; MIROWSKY, 2011). Segundo os pesquisadores, indivíduos com melhores níveis educacionais apresentam maior senso de controle e são menos propensos a fumar e a ter excesso de peso, e mais propensos a beber moderadamente.

A seguir, serão focalizadas as análises em relação ao EV dos estudantes dos cursos da saúde da UnB.

7.1.2 Descrevendo os estilos de vida e os domínios de estudantes

Inicialmente é importante ressaltar que o termo EV compreende uma estrutura complexa que pode fazer inferência a um padrão integrado de comportamentos. Por sua vez, esses padrões podem estar relacionados às características dos grupos que os praticam e os reproduzem ou aos contextos sociais onde ocorrem (BOURDIEU, 2015; COCKERHAM, RÜTTEN, ABEL, 1997).

Por ser um constructo resultante de várias dimensões, algumas bastante difíceis de serem objetivamente quantificadas, a avaliação do EV é uma tarefa imprecisa e desafiadora. No entanto, estimativas do EV podem fornecer importantes informações para o planejamento de estratégias de promoção da saúde. Dentre os instrumentos utilizados em pesquisas científicas, o Questionário EV Fantástico foi o mais utilizado na avaliação do EV de populações brasileiras (PORTO *et al.*, 2015), sendo adotado como ferramenta a ser utilizada pelo programa das universidades saudáveis no Chile (LANGE, VIO, 2006). Os estudos que realizaram a tradução e validação do questionário original em inglês para grupos de jovens universitários brasileiros atestaram que ele tem boa validade e consistência para avaliar o EV em indivíduos saudáveis (RODRIGUESZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008; SILVA, BRITO, AMADO 2017).

Os resultados do presente estudo indicam que o escore médio do EV global dos estudantes de cursos de saúde se enquadra na categoria de EV bom, não havendo diferença entre os sexos. Leite e Santos (2011) também encontraram resultados similares em estudantes da escola de saúde de uma universidade de São Caetano do Sul. Um estudo realizado com estudantes de Medicina também não encontrou diferenças por sexos (BARBOSA, *et al.*, 2015; BOMFIM *et al.*; 2017). Em comparação com outros países, o estudo realizado com 972 estudantes mexicanos de seis cursos da área da saúde também não constatou diferença no escore global do EV entre os sexos (ÁLVAREZ GASCA *et al.*, 2014).

Quando o escore médio do EV foi comparado entre os cursos, houve diferença significativa em relação aos cursos de Nutrição, Educação Física e Medicina, classificados com EV muito bom e os demais cursos (Saúde Coletiva, Farmácia, Odontologia e Enfermagem), como EV bom. Pesquisas que utilizaram o Questionário EV Fantástico com algum curso da

saúde em universidades públicas federais apontam que, no geral, esses estudantes tendem a apresentar escores de EV que podem ser classificados como bom e muito bom (BARBOSA, et al., 2015). No entanto, ao ser comparado com cursos de outras áreas, estudantes de Medicina apresentaram os menores escores de EV global (BOMFIM et al., 2017).

De antemão, é importante salientar que comparações dos resultados desse estudo com outros serão difíceis, devido às diferenças de instrumentos, de amostras e da análise. No entanto, tentaremos na medida do possível fazer as aproximações cabíveis. Do nosso conhecimento, poucos estudos encontrados utilizaram o EV Fantástico em diversos cursos da saúde simultaneamente e com uma amostra representativa do total de estudantes matriculados nos cursos.

Considerando que o questionário é composto por questões que se somam, alguns estudantes podem obter escores altos em algumas questões e baixos em outras, o que pode camuflar inconsistências nos padrões de comportamentos de saúde (ABEL; COCKERHAM; NIEMANN, 2000). Assim, interessa a esta pesquisa compreender quais os domínios do EV ou comportamentos que vêm afetando o EV, tanto de forma positiva quanto negativa.

Nossos achados evidenciam que o EV dos estudantes dos cursos de saúde foi impactado positivamente pelas elevadas pontuações (> 70%) obtidas nos domínios família e amigos, e pelo baixo consumo de cigarro, drogas e álcool. Por outro lado, o EV dessa população foi impactado negativamente pelos domínios da atividade física e tipo de comportamento (ambos com $\leq 50\%$ dos pontos possíveis), mas também pela nutrição e introspecção. Os dados de um estudo realizado com estudantes da escola de saúde de uma IES municipal de São Caetano do Sul mostram vulnerabilidade nos mesmos domínios (LEITE; SANTOS, 2011). Em outra pesquisa, com apenas um curso de saúde, também foram evidenciados resultados similares para os cursos de Educação Física (SILVA et al., 2012); Medicina (Barbosa et al., 2015).

É interessante destacar que comportamentos relacionados aos domínios de atividade física, nutrição e saúde mental (relativos aos domínios tipo de comportamento e introspecção) também emergiram espontaneamente nas narrativas dos universitários durante os diálogos nos grupos focais. Tal aspecto sugere a existência de *habitus* universitários porque, de acordo com a percepção dos estudantes, suas escolhas estão engendradas em fatores intrínsecos da rotina acadêmica. Segundo Bourdieu (2011, p. 144), o *habitus* “é um corpo socializado, um corpo estruturado, um corpo que incorporou as estruturas imanentes de mundo ou de um setor particular desse mundo, de um campo e que estrutura tanto a percepção desse mundo como a ação nesse mundo”. Esses aspectos sociológicos do fenômeno do EV serão discutidos mais

profundamente no tópico 6.2, mas já aparecem também nas análises dos EV por agrupamentos apresentadas mais adiante.

Mais especificamente, em relação aos domínios, a inatividade física emergiu como uma questão central do EV não saudável. Do total de estudantes dos cursos de saúde da UnB, 55,7% relataram não ser moderadamente ativos (≥ 150 minutos por semana), com maiores frequências de inadequação para o sexo feminino. Outros estudos que utilizaram EV Fantástico também encontraram inadequação desse domínio: Barbosa et al., (2015), em estudantes de Medicina e Leite e Santos (2011) em uma amostra de estudantes de saúde.

Silva *et al.*; (2012) e Vargas *et al.*; (2015) encontraram prevalências de inadequação de 57,4% e 50,0% em estudantes de Educação Física das IES públicas de Sergipe e Paraná. Vale ressaltar que os estudantes de Educação Física, quando comparados com estudantes de outros cursos, têm mostrado serem mais ativos (PAIXÃO; DIAS; PRADO; 2010).

Os dados de uma pesquisa que também investigou estudantes dos cursos de saúde da UnB apontaram 65,5% de estudantes sedentários. Nesse estudo o nível de atividade física foi classificado de acordo com o Questionário Internacional de Atividade Física e não foram incluídos na amostra estudantes ingressantes e concluintes, apenas os que estavam em períodos intermediários dos cursos (MARCONDELLI, COSTA, SCHMITZS, 2008).

Dados da última pesquisa nacional com estudantes brasileiros de IES públicas federais mostram que aproximadamente 61% dos estudantes não praticam atividade física regularmente (FONAPRACE, 2016). Na pesquisa, os estudantes responderam à seguinte pergunta: com que frequência você pratica atividade física? Dos que praticam atividade física, 39,0% responderam que o fazem diariamente (10,9%), três vezes na semana (19,08%) e uma vez por semana (9,1%).

Em relação às diferenças por sexo, os estudos têm mostrado que os homens são mais ativos do que as mulheres em comparações envolvendo estudantes dos cursos de saúde (PAIXÃO; DIAS; PRADO, 2010) e estudantes em geral (SOUSA; JOSÉ; BARBOSA, 2013; NAUHRIA et al., 2017).

Essa tendência de comportamento sedentário em universitários é uma disposição que tem sido evidenciada também em estudos internacionais. Por exemplo, 51% dos estudantes colombianos (GALVIS; PARRA; ORTEGA, 2015), 62% dos estudantes chineses (YONG-LING YE et al., 2016) e 70% dos estudantes do Reino Unido (DODD et al., 2010) eram insuficientemente ativos (PENGPID et al., 2015).

Os dados de um estudo com o objetivo de determinar as estimativas da prevalência e dos correlatos sociais da inatividade física entre estudantes universitários de 23 países de baixa, média e alta renda revelaram prevalência de 41,4%. A idade avançada (22-30 anos), ser

estudante em um país de baixa ou média renda, deixar de tomar o café da manhã e falta de apoio social foram associados com a inatividade física.

Apesar de indicadores da população brasileira apontarem que a frequência de adultos (≥ 18 anos) que praticam atividades físicas no tempo de lazer esteja aumentando (de 30,3% em 2009 para 37,6% em 2016), tem-se que 45,1% dos brasileiros não alcançaram um nível suficiente (≥ 150 minutos por semana) de atividade física e 13,7% são considerados inativos ou sedentários, sendo esses percentuais maiores entre mulheres do que entre homens (BRASIL, 2016).

Vale registrar que, apesar da hegemonia do termo atividade física, o constructo prática corporais/atividades físicas¹⁰ vem sendo utilizado por pesquisadores brasileiros das áreas da Educação Física e da Saúde Coletiva para estabelecer relações de sentidos e significados dessas práticas, em oposição à visão de gasto energético presente na definição de atividade física. Tais pesquisadores acreditam que essa ponte com as ciências humanas e sociais tem o potencial de dialogar de forma mais articulada com as estratégias de promoção da saúde de diferentes populações (FRAGA; CARVALHO, GOMES, 2015; CARVALHO; NOGUEIRA, 2016).

Em relação ao domínio da nutrição, embora os resultados gerais da pontuação no domínio não tenham sido os piores, as questões que compõem o domínio revelaram que 33,5% dos estudantes frequentemente comem três ou quatro itens como açúcar, gordura animal e salgadinhos e 27,2% raramente comem uma dieta balanceada. Esse domínio foi muito citado nas narrativas dos estudantes nos grupos focais; eles reclamaram sobre a falta de locais que tenham disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis que sejam saudáveis e tenham preços acessíveis; e também relacionaram suas preferências à disponibilidade de tempo.

O estudo de Marcondelli *et al.* (2008) com 281 estudantes dos cursos de saúde da UnB apontou que 79,7% deles consumiam alimentação inadequada, com destaque negativo para o elevado consumo de refrigerantes e doces. Dados da população brasileira mostram que os hábitos alimentares dessa população estão se modificando, pois cresceu o consumo regular de frutas e hortaliças de 33,0% para 35,2%, e caiu o consumo regular de refrigerantes ou suco artificial de 30,9% para 16,5% (BRASIL, 2016).

¹⁰ Definida no Glossário Temático de Promoção da Saúde (BRASIL, 2012, p.28) como “Expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer).”

Estudos internacionais como o realizado com 5.745 estudantes mexicanos das áreas médico-biológica de cinco faculdades também evidenciam alto consumo de alimentos de origem animal, cereais industrializados e refrigerantes (RAMÍREZ-SÁNCHEZ et al., 2013). Os resultados de outros estudos mostraram inadequação no consumo de macronutrientes (RIZO-BAEZA; GONZÁLEZ-BRAUER; CORTÉS, 2014)

Deliens et al., (2014) realizaram um estudo qualitativo com o objetivo de explorar os fatores que influenciam o comportamento alimentar de estudantes universitários belgas. Os estudantes relataram que são influenciados pelas preferências de gosto, autodisciplina, tempo e conveniência; por suas redes sociais; pela disponibilidade, acessibilidade e preços dos alimentos; e ainda pela mídia e publicidade.

Por fim, Rosseti (2015) revisou a literatura sobre hábitos alimentares de universitários brasileiros e concluiu que o consumo alimentar dos estudantes está associado ao rendimento familiar, dupla jornada de estudo e trabalho, área do curso de graduação, estado nutricional, sexo e ao local de realização das refeições.

O domínio do tipo de comportamento foi o segundo pior domínio em matéria de inadequação, obtido pelo presente estudo, o que indica que 43% dos universitários da saúde aparentam, sempre ou quase sempre, estar com pressa, independentemente do sexo. A característica principal dos EV que se caracterizam pelo denominado comportamento Tipo “A” é a sensação de urgência de tempo, de ter que fazer muitas coisas em pouco tempo, além da competitividade acentuada; estando associado aos altos níveis de estresse (LIPP, 1990).

Também, uma parcela elevada (72%) das mulheres indicou sentir-se com raiva ou hostilidade. Já estabelecendo uma ligação com outro domínio bastante negativo, o da introspecção, que indica pensamentos negativos, tensão, desapontamento e tristeza, temos características que se aproximam de uma abordagem de saúde mental. Tem-se que 22,7% dos nossos estudantes responderam que sempre ou quase sempre se sentem tensos e desapontados, com frequência significativamente maior para o sexo feminino. Ainda, 15,5% sentem-se tristes e deprimidos e 13,1% raramente ou quase nunca pensam de forma positiva e otimista.

De modo complementar, embora presentes em outro domínio que mistura questões relativas ao sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo seguro, cabe destacar que 30,4% dos estudantes não dormem bem nem se sentem descansados; que 15% nunca ou quase nunca relaxam ou desfrutam de seu tempo de lazer e 11,8% não são capazes de lidar com o estresse do dia a dia; e, em geral, os resultados foram piores para o sexo feminino. A insônia ou alterações significativas de sono estão entre as dificuldades emocionais vivenciadas por 80,5% dos estudantes das IES federais da região Centro-Oeste (FONAPRACE (2016).

Dados das pesquisas com estudantes das universidades federais brasileiras têm mostrado que os jovens universitários são cada vez mais suscetíveis a transtornos mentais (FONAPRACE, 2016). Os dados do estudo de Silva (2012), com estudantes de Educação Física, revelaram que as maiores prevalências de autoavaliação de saúde negativa estavam associadas às dificuldades em relação ao sono, estresse, tipo de comportamento e introspecção. Outro estudo com estudantes de medicina da região centro-oeste apontou que 26,8% apresentaram sintomas depressivos (AMARAL et al., 2008).

Esses domínios merecem atenção haja vista estarem relacionados a transtornos de ansiedade generalizada e depressão (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). Soma-se a isso o fato de os relatos obtidos nos grupos focais sugerirem que a saúde mental é o maior problema que afeta a população de estudantes dos cursos de saúde.

Quanto ao domínio da família e amigos os resultados mostram que os estudantes dos cursos de saúde têm ótimas relações afetivas, como apontaram os dados das questões relacionadas ao domínio família e amigos. Do total, apenas 5,1% referiu ter alguém para conversar com as coisas que são importantes e 3,5% referiu dar e receber afeto quase nunca e raramente. A comparação por sexo evidenciou que os homens apresentam estado de vulnerabilidade quanto a esse domínio.

Almeida e Soares (2004) sugerem que a transição acadêmica requer o desenvolvimento de relações interpessoais que exigem maior nível de maturidade para relacionar-se com a família, os amigos, os professores e os colegas e as autoridades institucionais. Portanto, os anos vividos na universidade devem contribuir para o estabelecimento da identidade, autoestima e uma visão pessoal do mundo, assim como o melhor conhecimento de si próprio. Nesse sentido,

Setton (2002) destaca que a construção de novos *habitus*, acontece pela socialização dos indivíduos com a família, as instituições escolares e as pressões sociais engendradas na ordem social contemporânea. Dessa forma, pode-se pensar o *habitus* dos estudantes sendo formado pela interação de diferentes contextos.

Os estudantes dos cursos de saúde obtiveram os maiores escores no domínio do cigarro e drogas e no domínio do álcool. Revelaram baixas frequências de consumo de cigarros (3,5%), de abuso de remédios (3,5%), ingestão de cafeína (3,0%), ingestão semanal de álcool (4,2%) e consumo numa ocasião (8,9% consomem >4 doses). Constatou-se diferença significativa por sexo, com os rapazes apresentando piores inadequações. O baixo consumo pelas mulheres também foi encontrado no estudo realizado com uma amostra exclusiva de 112 moças dos cursos de Nutrição, Enfermagem, Biologia, Biomedicina e Medicina (SOUZA et al., 2012).

Um estudo qualitativo, com estudantes da Universidade de Oregon, nos Estados Unidos, realizou sete grupos focais formados somente por estudantes do sexo masculino, com o objetivo de analisar a saúde dessa população. Os resultados mostram que os rapazes percebem o uso do álcool como uma estratégia para lidar com o estresse, a raiva e a perda, sendo importante na construção da confiança social, atraindo mulheres. Eles acreditavam que as mulheres só iam às festas onde havia disponibilidade de álcool e que existe uma crença generalizada quanto a aceitação do consumo de álcool na universidade (DAVES et al., 2000).

Diferentemente desse estudo, o consumo excessivo de álcool tem sido apontado por vários estudos como um problema presente na população de estudantes brasileiros (SOUSA; MORORÓ; BARBOSA, 2013; BOMFIM *et al.*; 2015). E essa também é uma problemática presente na vida de universitários de outros países, estando relacionada às questões de saúde mental (PRINCE, CAREY, MAISTO, 2015; PAUL et al., 2011).

Embora os resultados gerais da pontuação do domínio do fumo e drogas tenha apresentado os melhores escores, o item relacionado ao consumo de drogas ilícitas revelou que 16% dos estudantes dos cursos de saúde consomem maconha ou cocaína, com os rapazes apresentando maior (64,7%) consumo em relação às moças (35,3%), quando considerado o total de consumidores. Essa prevalência é alta quando comparada aos dados dos estudantes das universidades federais (7,9%) que fazem uso de substâncias psicoativas. Similar aos nossos resultados, os dados da população geral mostram que o consumo também é maior para os homens (FONAPRACE, 2016).

O domínio do álcool também obteve os melhores escores, no entanto, 13% dos estudantes referiram que dirigem após beber, com os homens apresentando maiores inadequações nesse comportamento. Esses dados são quase o dobro quando comparados com a população adulta (6,7%) que referiu conduzir veículo motorizado após consumo de bebida alcoólica. Na população brasileira os homens (11,7%) continuam assumindo mais essa infração do que as mulheres, como mostrado nesse estudo (BRASIL, 2016).

Assim, necessário se faz considerar a questão da vulnerabilidade de uma parcela expressiva de estudantes dos cursos universitários de saúde com relação ao uso de drogas ilícitas e que dirigem após beber, porque, indiscutivelmente, o uso excessivo de drogas (lícitas ou ilícitas) pode causar efeitos negativos para o organismo humano (PARANHOS; GARRAFA; MELO, 2015) e os acidentes de trânsito, quando não matam, deixam graves sequelas.

7.1.2 Agrupando os comportamentos do estilo de vida

Um dos objetivos do presente estudo foi verificar se alguns comportamentos do EV se agrupam em estudantes dos cursos de saúde. Para tanto, fizemos a opção por usar o EV global dos estudantes dos cursos de saúde na análise de Cluster, que agrupou os escores das questões do EV diferenciando grupos por suas similaridades. A análise de cluster, como uma técnica multivariada de dados, pode mostrar interdependências que são frequentemente negligenciadas nas análises bivariadas (HAIR JÚNIOR *et. al.*, 2009). Até onde sabemos, esse é o primeiro estudo a examinar o EV de estudantes universitários brasileiros usando esse procedimento analítico.

Encontramos três agrupamentos de combinações distintas de comportamentos relacionados ao EV. O grupo 1 (n=299) com EV muito bom; o grupo 2 (n=246) com EV bom e o grupo 3 (n=81) com EV regular. Embora a maioria (47,8%) dos estudantes tenha apresentado padrão de todos os comportamentos adequados para favorecer a saúde (Grupo 1), 52,2% (grupo 2 e grupo 3) apresentaram dois ou mais padrões de comportamentos que precisam ser modificados para favorecer sua saúde. Sabe-se que comportamentos não saudáveis, em especial se agrupados, podem apresentar graves consequências para a saúde desses jovens futuros profissionais da área de saúde (WHO, 2015; GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

O grupo 3 de EV regular, formado por 12,9% dos estudantes, foi moldado por inadequação dos domínios da atividade física, nutrição e comportamentos, mas também com elevada frequência de consumo de drogas ilícitas (maconha ou cocaína), onde 79,0% relataram consumo frequente, carece de atenção e intervenção. Na análise de agrupamentos realizada por Murphy et al, (2017), com uma amostra de 5.702 estudantes irlandeses de vários cursos, um padrão de alto consumo de alimentos processados e baixo nível de atividade física também foi identificado no grupo de homens. Os pesquisadores também identificaram um padrão de uso de tabaco e drogas no grupo de homens, o que difere desse estudo.

Uma análise de cluster com 2.422 estudantes chineses, de 16 a 24 anos, revelou que múltiplos comportamentos estavam associados à saúde mental dos graduandos. Os pesquisadores encontraram associação entre os riscos de depressão e ansiedade com o consumo de álcool, distúrbios do sono, inadequação alimentar e Transtorno de Dependência à Internet Ye et al., (2015). Apesar dos padrões serem diferentes, estudantes dessa investigação apresentaram inadequação dos domínios nutricional, tipo de comportamento e introspecção, que têm relação com estresse e sintomas depressivos (LIPP,1990; GORESTEIN; ANDRADE, 1998). Em adição, a saúde mental emergiu das narrativas dos estudantes, como um problema que “grita” por estratégias de promoção da saúde.

Do total de estudantes, 52,2% foram caracterizados por dois ou mais comportamentos que não favorecem à saúde, revelando que múltiplos comportamentos precisam ser modificados. O estudo de Sousa; José e Barbosa (2013), realizado com 1084 estudantes de uma IES pública federal da região nordeste do Brasil revelou que uma parcela significativa dessa população relatou consumo insuficiente de frutas e hortaliças, menores níveis de atividades físicas no lazer e consumo de bebidas alcoólicas. Apesar de contextos totalmente diferentes, o estudo de Ye et al., (2016) também encontrou resultados parecidos (56,4%) em uma amostra de universitários chineses. Isso reverbera que a saúde do estudante é um problema que merece atenção.

Embora seja difícil fazer uma comparação direta com esses estudos devido às diferenças significativas entre os comportamentos incluídos e as populações estudadas, esses achados demonstram uma alta frequência de universitários com a saúde em estado de vulnerabilidade.

O outro grupo (39,3%) apresentou padrão de inadequação, nos domínios da atividade física, do comportamento de pressa e introspecção. Nesse grupo estavam distribuídas quase 50% das mulheres da amostra. Dodd et al., (2010) realizaram uma análise de cluster com 410 estudantes do Reino Unido e o maior estresse psicológico, foi relacionado a comportamentos menos frequentes de atividade física e menor consumo de frutas e vegetais. E assim como nesse estudo, as mulheres relataram menor estresse psicológico e menos atividade física. No estudo não fica clara a área de conhecimento dos estudantes, no entanto, outros estudos têm mostrado que menores níveis de atividade física e estresse nas mulheres (PAIXÃO; DIAS; PRADO, 2010; NAUHRIA et al., 2017).

Associações estatisticamente significativas foram encontradas entre os agrupamentos e variáveis sociodemográficas. No grupo 1 identificado pelo EV muito bom, ficaram distribuídos homens e mulheres de classe socioeconômica alta; de maior nível de escolaridade dos pais e que moram no plano piloto. Enquanto no grupo 3 (EV regular), ficaram distribuídos a maioria dos homens que moram nas cidades satélites, classe econômica C e escolaridade dos pais de nível médio ou superior. Cockerham (2005) em sua teoria do EV saudável, apoiando-se em Bourdieu e Weber, sugere que os EV em saúde são moldados por fatores sociais, entre eles a escolaridade, gênero, o status socioeconômico e as condições de moradia (COCKERHAM, 2005).

7.2. Determinantes de estilos de vida saudáveis na vivência universitária

A relação entre EV e saúde é complexa, singular, associativa, política e social, resultante da conflituosa socialização entre a agência e as estruturas sociais e a subjetividade dos agentes (BOURDIEU, 2015; COCKERHAM, 2005). Considerando o EV como uma categoria de constructo e que as escolhas de ações de promoção da saúde são, em grande parte, determinadas pelo *habitus*, ou seja, moldadas pela estrutura e operam de forma mais ou menos rotineira na vida de uma pessoa, buscamos identificar aspectos capazes de determinar, ou estar associados a esse EV. Nessa perspectiva, consideramos que a adoção de práticas relacionadas à saúde não depende apenas de características biológicas ou socioeconômicas, mas também das experiências vividas em espaços de interação social. Mais especificamente no caso dos estudantes, depende também das vivências coletivas no contexto universitário. Para tal, lançamos mão de uma abordagem de pesquisa híbrida, fundamentada em abordagens quantitativas e qualitativas.

Os dados aqui apresentados indicam que a vida universitária e, particularmente o ingresso em cursos da saúde, favorece alguns padrões de EV. Ao menos três padrões puderam ser observados: o de estudantes com comportamentos muito bons em relação à saúde, o de estudantes com alguns comportamentos de risco e outros bons à saúde, e um último com maior quantidade de comportamentos prejudiciais à saúde. Resta-nos tentar entender que fatores estão associados a esses grupos e seus padrões de comportamentos, o que será chamado aqui de determinantes sociais (MARMOT, 2003).

Percebemos diferenças significativas nos agrupamentos por sexo, local de moradia, escolaridade dos pais, classe econômica, e forma de deslocamento para a universidade. Houve também diferenças significativas em função do curso de saúde frequentado. Tem-se que no grupo com melhor EV (Grupo 1) encontram-se a maioria dos estudantes da classe econômica A2 (62,6%); os que moram no Plano Piloto (57%); com escolaridade dos pais de nível superior e pós-graduação (58,3%); e que pertencem aos cursos de Medicina, Nutrição e Educação Física.

É válido mencionar que todas as variáveis analisadas se refletem, em alguma medida, na condição socioeconômica reportada. Bourdieu (2015) sugere que o *habitus* de classe opera como princípio gerador de práticas que posiciona os indivíduos situados em condições homogêneas de existência a apresentarem padrões em relação às suas práticas sociais. Ele ressalta que a classe não é definida somente pelas relações de produto. Outros fatores como a profissão, a renda, o nível de instrução e a distribuição de sexos nos espaços geográficos estão relacionados.

Importante registrar que as relações entre todas as variáveis descritas acima são múltiplas e podem se afetar mutuamente. Nesse caso, é interessante realizar futuramente uma análise de regressão multivariada para identificar como cada variável afeta as demais e quais delas podem explicar a maior parte dos resultados de agrupamento de EV obtidos. Por exemplo, não há como afirmar que as diferenças encontradas entre os cursos sejam por questões específicas do curso em si sem ajustar as análises por sexo e renda ou classe econômica.

Por hora, manteremos em mente que o sexo, a escolaridade, a classe socioeconômica e as condições de moradia têm relação com a determinação dos padrões de EV. Bourdieu argumenta que, mesmo quando os agentes agem voluntariamente, seus atos estão engendrados em posição de classe e outros meios de reprodução. Além disso, Abel et al., (2000) sugeriram que a cultura de classe pode influenciar as práticas sociais de saúde e, por sua vez, corroboram para a reprodução coletiva de classe.

Por outro lado, não houve diferença significativa nos padrões de EV por faixa etária, raça/cor da pele, se trabalha, com quem mora, e em que período está no curso. Sobre essa última variável também merece destaque o fato de o presente estudo não ter incluído na amostra estudantes concluintes dos cursos devido à dificuldade de localizá-los, pois se encontram dispersos realizando seus estágios, e residências (no caso de Medicina, Farmácia).

Estudos não têm encontrado resultados conflitantes ao comparar o EV de ingressantes e concluintes. Santos et al., (2014) conduziram uma pesquisa com 720 estudantes de cursos da saúde, educação e humanas e não encontraram diferenças de escore global do EV Fantástico entre concluintes e ingressantes. Leandro Rechenchosky et al., (2012) avaliaram calouros e formandos de Educação Física de uma IES pública da região Centro-Oeste e os resultados não evidenciaram diferenças significativa entre os grupos. No entanto, Campos et al., 2016 realizaram estudo com 499 universitários dos cursos de saúde, sendo 323 ingressantes e 176 concluintes e os comportamentos de risco à saúde foram mais frequentes entre os universitários dos últimos períodos.

Dando seguimento às análises, agora apoiados nos resultados qualitativos, é possível afirmar que a vida universitária implica mudanças nos tempos sociais¹¹ dos estudantes. Dentre alguns determinantes dos EV que emergiram nos grupos focais, a falta de tempo foi uma das

¹¹ Para pensarmos a dimensão do tempo recorreremos ao conceito de tempos sociais, utilizado por Campos e Phintener (2016), em sua análise sobre o tempo consumido por jovens de 15 a 29 anos em atividades típicas do cotidiano nas áreas urbanas do Brasil. Segundo os pesquisadores, os tempos sociais podem ser analisados com base nas dimensões macro e micro, sendo que a primeira refere-se às regulações instituídas sobre os tempos e a segunda, às várias formas pelas quais são vivenciados os tempos, ainda que sob efeito das regulações.

categorias que evidentemente atendeu ao critério da saturação como barreira para adoção de EV saudáveis.

A priorização das inúmeras atividades e demandas acadêmicas (curso em período integral, matrizes curriculares e grades de horários, métodos de ensino e carga excessiva de trabalho, estágios, monitorias, atividades extraclasse, entre outras) faz com que os estudantes se ressentam da falta de tempo até mesmo para as atividades que garantem o ciclo vital, por exemplo, a alimentação adequada, o descanso e o sono. Também são deixadas de lado as atividades de lazer e da prática de atividades físicas.

Fatores intrínsecos ao sistema universitário, suas características ambientais, as exigências acadêmicas e administrativas, e as diferentes pressões sociais sobre os graduandos fazem com que a gestão do tempo seja uma das tarefas complexas com as quais eles tenham que se deparar ao ingressar na universidade (KUH et al., 2006; ALMEIDA; SOARES, 2004). Adicionalmente, os resultados do estudo de Campos e Phintener (2016) evidenciaram que o sexo e a idade interferem na composição dos tempos sociais vivenciados pelos jovens brasileiros de áreas urbanas, especificamente no que se refere ao tempo dedicado ao estudo, trabalho, deslocamento e cuidado domiciliar.

Outros estudos qualitativos com universitários da área da saúde, realizados no Brasil e no exterior, também apontaram a falta de tempo como elemento dificultador para as práticas sociais em saúde. Estudo com estudantes dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia e Odontologia de uma IES pública federal do Nordeste brasileiro apontou a falta de tempo livre ocasionada pelo excesso de atividades acadêmicas, como o principal empecilho para as vivências de lazer e as práticas corporais/atividades físicas (NOGUEIRA, SILVA, BRASILEIRO, 2014). Nos Estados Unidos, estudantes de Medicina da *West Virginia University* citaram o tempo como uma das principais barreiras para realização de atividades prioritárias à vida (família e amigos) e a manutenção de EV saudáveis (NUSS et al., 2004).

Um estudo que realizou oficinas de gestão do tempo com estudantes de diferentes áreas do conhecimento de uma universidade pública no interior do Rio Grande do Sul (OLIVEIRA et al., 2016) constatou que as principais dificuldades vivenciadas estavam relacionadas ao adiamento de tarefas, à incapacidade de dizer “não” às demandas alheias, à carga horária de seus cursos e à conciliação entre estudos, convivência familiar e lazer. Interessante notar que 97,6% dos estudantes afirmaram que voltariam a participar de outra oficina sobre gestão do tempo. Essa experiência exitosa corrobora os anseios dos estudantes do presente estudo, pois eles sugeriram a realização de atividades para ajudá-los na organização do tempo, como uma

estratégia da universidade para favorecer a adoção de práticas sociais saudáveis.

A pesquisa FONAPRACE (2016) indagou sobre as dificuldades que afetam significativamente a vida no contexto acadêmico dos universitários brasileiros. Na lista de respostas, a carga excessiva de trabalhos estudantis apareceu em segundo lugar (para 31,1% dos universitários), seguida pela falta de disciplina/hábito de estudo (28,8%), dificuldades com adaptação a novas situações (21,9%), relação professor/aluno (19,8%), dificuldades com relacionamento familiar (18,3%) e com relacionamento social e interpessoal (17,7%). Note-se que as dificuldades financeiras ocuparam o primeiro lugar no rol elencado pelos estudantes das universidades federais.

Os resultados de um estudo qualitativo com estudantes do curso de Enfermagem de uma IES pública estadual do Rio Grande do Norte também revelaram que a sobrecarga de atividades acadêmicas e o excesso de preocupação estão associadas ao aparecimento de distúrbios como ansiedade e alterações no sono, estresse, gripes e cefaleias (LIMA et al., 2013).

Os aspectos da universidade que, na percepção dos estudantes, determinam comportamentos e EV, aparecem nas falas as organizações sociais estudantis como os centros acadêmicos. Esses espaços de socialização e de interação foram descritos como aspectos positivos da vivência universitária que estimulam o uso do tempo livre como forma de lazer e o surgimento de amizades. Outro estudo, realizado com estudantes de IES públicas e particulares do Rio de Janeiro, reforça a percepção segundo a qual o envolvimento social e a dimensão pessoal, caracterizadas pelo maior envolvimento social dos estudantes com os colegas de turma e outros da instituição, favorecem uma melhor qualidade de suas vivências acadêmicas (SOARES et al., 2014). O estudo sugere ainda que a adaptação ao ensino superior está relacionada principalmente ao envolvimento social, vocacional e curricular.

Os estudantes percebem que a UnB precisa melhorar seus espaços físicos, disponibilizando locais que sejam adequados para o descanso e que favoreçam a interação dos estudantes; espaços adequados à prática de atividades físicas. Estudantes reclamam da segurança do campus, principalmente os estudantes dos cursos noturnos que sentem medo das situações de violência

No que se refere a currículo, os estudantes da UnB apontaram a disciplina Práticas Desportivas, optativa para todos os cursos da UnB e eminentemente prática, com diversas modalidades e vivências corporais, como um facilitador para o EV saudável. De acordo com os estudantes, uma vantagem, além do estímulo à atividade física, é poder incluí-la na grade horária acadêmica.

É possível que os espaços de socialização e participação funcionem como estrutura estruturante do EV e, como também aponta Deliens et al., (2014) em um estudo qualitativo com universitários belgas, para explorar os fatores influenciadores do comportamento alimentar entre estudantes. Nesse estudo, a participação em grêmios estudantis e em exames e competições pareceu ser característica peculiar da universidade, capaz de afetar o comportamento alimentar estudantil.

Falando em nutrição, os estudantes do presente estudo referiram que o restaurante universitário da UnB é uma estrutura que permite a adoção de escolhas alimentares saudáveis ao disponibilizar alimentos saudáveis a um custo menor dentro do campus. Tal percepção é corroborada por outro estudo realizado com estudantes dos cursos de saúde da UnB no qual 53,0% dos universitários declaram concordar que a alimentação servida no restaurante universitário é saudável (ALMEIDA, 2017). Vale destacar que 44,9% e 29,3% dos graduandos que utilizam os restaurantes universitários das universidades federais para fazer uma refeição e duas refeições respectivamente, moram na casa dos pais (FONAPRACE, 2016).

Como mencionado por Deliens et al., (2014), escolhas alimentares saudáveis podem se tornar menos prioritárias quando comparadas a outros compromissos, levando os estudantes a consumirem alimentos que sejam rápidos, convenientes e baratos, ratificando o descrito por nossos participantes. Para estimular melhores hábitos alimentares, é relevante ampliar a oferta de produtos saudáveis a preços acessíveis em vários pontos do campus, não se restringindo ao restaurante universitário.

Aceijas et al., (2016) realizaram um estudo com abordagens quantitativa e qualitativa e os resultados mostram algumas similaridades com nossos dados. Os resultados revelaram que o ambiente universitário afeta negativamente a saúde dos estudantes. E eles perceberam que a acessibilidade e disponibilidade de alimentos saudáveis e com preços acessíveis no campus poderia favorecer a escolha de comportamentos saudáveis.

O presente estudo mostra que os facilitadores e as barreiras com vistas à adoção de um EV saudável se entrelaçam na vivência acadêmica dos estudantes, (re)configurando novos *habitus* que operam por meio de disposições internalizadas na socialização do contexto universitário. Essas vivências e EV são associadas ainda às influências trazidas de sua condição socioeconômica e educacional, além do sexo que, nas palavras de Bourdieu (2015), moldam e limitam suas chances de vida.

7.3. Sofrimento e adoecimento relacionados ao Estilo de Vida no contexto universitário

Corroborando o pensamento de Rocha (2008), conclui-se que rotinas do meio acadêmico e outros fatores psicossociais e econômicos são determinantes, muitas vezes desfavoráveis, do EV e saúde. Isso fortalece a visão de que o ingresso na universidade é um processo multidimensional e complexo que exige dos estudantes ajustamento às novas rotinas e ao contexto, somado ao ganho de autonomia dessa fase e independência dos pais e às novas responsabilidades e pressões sociais.

O ganho de autonomia e independência pode gerar algum sofrimento ao exigir a tomada de decisão, como apontam alguns estudantes do presente estudo. De maneira complementar, as pressões sociais vivenciadas nessa fase, ao se mostrarem constantes e variadas – pressão acadêmica, pressão familiar e cobranças sociais relacionadas ao fato de ser um estudante em processo de formação em saúde – podem desencadear o adoecimento mental (ALMEIDA, SOARES, 2004). Mais especificamente em relação às pressões acadêmicas, os estudantes pesquisados citaram os estágios, a cobrança por bons índices de rendimento acadêmico, o cansaço mental pela sobrecarga de tarefas, e questões relativas ao convívio com os colegas e professores. Termos como ansiedade, cansaço mental, cobrança, estresse, medo, tristeza e transtornos psiquiátricos, como bulimia e anorexia, foram associadas ao sofrimento e adoecimento mental na universidade.

Segundo Brown (2016), com a transição para o ensino superior, os estudantes experimentam um novo tipo de aprendizagem que exige maior autonomia sobre a gestão do tempo e planejamento de seus estudos. E o convívio social é caracterizado por constantes mudanças de turmas, renovação frequente dos colegas de classe e contato com professores que possuem características pessoais, metodologias de ensino e visões de mundo diferentes (SOARES, DEL PRETTE, 2015).

As dificuldades emocionais estão cada vez mais presentes na realidade dos estudantes das universidades federais brasileiras. Em 2010, estudantes que tinham vivenciado uma crise emocional somavam 47,7% da população; em 2014 esse índice aumentou para 79,8%. A ansiedade foi a primeira dificuldade emocional elencada por 58,4% dos estudantes, seguida por: 44,7% reportaram desânimo e/ou falta de vontade de fazer as coisas, 32,6% com insônia ou alterações significativas de sono, 22,6% com sensação de desamparo/desespero/desesperança, 21,3% com sentimento de solidão, 13,0% com alterações de peso ou de apetite, bulimia ou anorexia, 10,6% medo/pânico, 6,4% com ideia de morte e 4,1% com pensamento suicida (FONAPRACE, 2016).

Outros estudos com estudantes dos cursos de saúde também revelam que a saúde mental é um problema que merece atenção por parte das instituições formadoras. De Lima et al., (2013) realizaram estudo qualitativo com estudantes de Enfermagem de uma IES pública estadual do Rio Grande do Norte e concluíram que a sobrecarga de atividades acadêmicas e o excesso de preocupação estavam associados ao aparecimento de distúrbios como ansiedade e alterações no sono, estresse, gripes e cefaleias.

Mesquita et al., (2016) avaliaram a depressão em universitários dos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem e Farmácia de uma IES pública federal do Mato Grosso. Em síntese, 15,0% dos estudantes já tinham sido diagnosticados com depressão e 41,0% apresentavam tendência a depressão leve. No estudo, as respostas referentes aos sentimentos de diminuição do prazer; inferioridade; irritação; tomada de decisões; esforço, sono; cansaço e preocupação com a saúde foram as que apresentaram maiores frequências.

Pachêco et al., (2007) realizaram recentemente um estudo de revisão sistemática com metanálise para investigar a prevalência e fatores associados a problemas de saúde mental em estudantes de Medicina de IES brasileiras. A revisão incluiu 59 estudos e os resultados apontaram prevalências de: baixa qualidade do sono (51,5%), estresse (49,9%), uso problemático de álcool (32,9%), ansiedade (32,9%) e depressão (30,6%). A falta de motivação, apoio emocional e sobrecarga acadêmica se correlacionaram com os problemas de saúde mental dos futuros médicos.

Os achados de Padovani et al., (2014) mostram que os quadros de estresse e depressão têm sido recorrentes em estudantes brasileiros de áreas distintas e que frequentam universidades, tanto públicas, estaduais e particulares, e situadas em diversas regiões do Brasil. Os pesquisadores utilizaram dados da avaliação de indicadores de saúde mental de estudantes universitários de seis IES, sendo duas do estado de São Paulo e uma do estado do Rio de Janeiro, e três particulares, uma de Pernambuco e duas de São Paulo. Os achados apontaram prevalências de 52,9% com estresse, 39,9% com sofrimento psicológico e 13,5% com ansiedade.

Dados internacionais atestam que a saúde mental dos estudantes universitários é uma preocupação presente em vários países. De acordo com o Center for Collegiate Mental Health, a ansiedade e depressão são os problemas mais comuns em estudantes americanos. Dados referentes ao período 2015-2016 evidenciam que 61,0% dos universitários sofrem de ansiedade, 49,0% de depressão, 45,3% de estresse, 39,9% já consideraram cometer suicídio e 8,9% já cometeram suicídio. A pesquisa recolheu informações de mais de 400 centros de

aconselhamento universitário nos Estados Unidos (CENTER FOR COLLEGIATE MENTAL HEALTH, 2017).

Grupos focais realizados com estudantes de Medicina na *West Virginia University* evidenciaram que questões internas representavam o segundo impedimento para as prioridades da vida dos estudantes. Entre elas: estresse, emoções perturbadoras, prioridades conflitantes, energia insuficiente, perda de perspectiva do que é realmente importante, altas expectativas para si e perda de controle de suas vidas (NUSS et al., 2004).

Por fim, é importante considerar que o pico para a maioria dos distúrbios mentais acontece entre 18 e 25 anos, que o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre os jovens em todo o mundo, e que existem transtornos mentais típicos de jovens adultos como: ansiedade, depressão e desordens alimentares, que aumentam a vulnerabilidade dessa população (BROWN, 2016). Por isso, é importante que as universidades realizem eventos destinados a promover a integração social e o apoio emocional, identifiquem e auxiliem estudantes que possam estar em situação de risco e melhore o acesso a serviços de apoio mental dentro e fora do campus e estar preparada para agir quando/se ocorrer um suicídio (com algumas características em comuns deste).

Embora o presente estudo não tenha investigado especificamente as frequências e os processos de sofrimento e adoecimento, ao associar os EV com a saúde, os estudantes naturalmente fizeram essas pontes em suas falas. Ao identificar agrupamentos de EV menos saudáveis e relações sociodemográficas entre eles, fortalecidos por falas potentes que estabelecem relação entre o contexto e os processos em saúde e EV, nos aproximamos de uma perspectiva que busca suplantiar os discursos dominantes focados nos comportamentos e nos processos de sofrimento e adoecimento como problemas individuais. Contribuímos para apontar esses fenômenos como processos que podem estar engendrados em estruturas sociais vivenciadas em suas experiências coletivas (PEREIRA, 2004). Some-se a isso o fato de as narrativas dos estudantes da UnB terem evidenciado que a comunicação é deficitária e que os programas de suporte não chegam até quem precisa, não atendendo assim, às demandas dos estudantes.

Uma combinação de fatores estruturais está imbricada na gênese dos problemas em saúde, em particular a mental, dos jovens estudantes. Além das questões relacionadas à transição e às demandas do contexto acadêmico, também é essencial considerarmos que a fase da juventude não representa apenas uma preparação para a vida adulta, mas um ciclo da vida onde decisões importantes precisam ser tomadas em um complexo processo de demandas sociais em transformação (LE BRETTON, 2017; KUH et al., 2006; ALMEIDA, SOARES,

2004). O contexto contemporâneo, por sua vez, – embebido de valores individualistas, em uma sociedade globalizada, hiperconectada e que busca cotidianamente a homogeneização dos comportamentos – tem se revelado prejudicial às vivências sociais e à saúde (BAUMAN, 2014).

Apesar de a articulação entre os contributos do meio ambiente, do EV e dos aspectos psíquicos e sociais serem reconhecidos na gênese das doenças, ainda existe espaço epistemológico no que se refere à natureza dessas articulações. Segundo a autora, “faltam recursos para compreender o papel do espaço intermediário em que interagem os elementos internos e externos na configuração das doenças” (CZERESNIA, 2012, p.30).

Segundo registra Pereira (2004), as manifestações que afetam a estrutura psicológica dos jovens estudantes universitários deveriam ser vistas no contexto relacionadas às questões materiais e de valores dos contextos sociais em que vivem e não somente como estados internos dos indivíduos. Nesse sentido, acreditamos que o presente estudo, ao realizar uma triangulação metodológica com dados epidemiológicos e percepções dos estudantes, contribui para desvelar relações que podem estar na gênese do sofrimento e adoecimento mental dessa população.

Ficou evidente que a vivência do estudante no contexto acadêmico pode favorecer o sofrimento psíquico dos universitários. O EV, a saúde e o bem-estar dos estudantes devem ser objeto de reflexão e olhar aprofundado das universidades, às quais cabe coordenar as ações para discutir, difundir e aprimorar políticas e serviços de apoio psicológico e psicopedagógico para os universitários.

7.4. Paradoxos nos significados de Estilo de Vida e saúde na formação e nas vivências universitárias

Os resultados recolhidos nas discussões em grupo levaram à constatação de que não existe uma representação única sobre o EV saudável, mas múltiplas representações, socialmente situadas e que podem ser configuradas em duas concepções. Também evidenciaram alguns paradoxos resultantes das interações sociais dos estudantes como agentes em formação de cursos da área da saúde.

Quanto ao significado de “ter um EV saudável”, o mosaico de opiniões reveladas pelos estudantes de cursos de saúde deste estudo sugere a presença das duas abordagens, comportamental/individual e abordagem social/coletiva também observadas na literatura científica, nas políticas públicas e nas práticas sociais em saúde.

Houve, de forma bastante frequente, uma percepção que coaduna com a concepção de origem do EV, que considera a dimensão subjetiva e o contexto sócio-histórico em que as práticas de saúde se inscrevem (COCKERHAM, 2005; FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO,

2017). Essa percepção provavelmente emerge em função do paradigma da promoção da saúde, bastante presente nas discussões em saúde pública e saúde coletiva (CZERESNIA, 2009).

Mas também apareceu, com menor frequência, e muitas vezes atrelada aos estudantes do curso de Nutrição, outra abordagem centrada na concepção individual e comportamental de EV. Essas narrativas destacam normas universais prescritivas sobre comportamentos, também hegemônicos nas publicações científicas e em atividades de formação em saúde: inatividade física, dietas inadequadas, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Tais explicações para a predominância das narrativas relacionadas à concepção que ressalta o contexto sócio-histórico, talvez possam estar relacionadas à inserção da disciplina Educação Física e Saúde Coletiva na Matriz curricular dos cursos de Educação Física. E ainda a implantação do projeto “FS promotora de Saúde”, no ano de 2014 (LEIDES, MOURA, 2018).

Outro estudo que discutiu as representações sociais sobre promoção de saúde entre estudantes dos cursos de Farmácia, Nutrição, Odontologia, Medicina e Enfermagem de uma universidade pública federal de Santa Catarina, apesar de não ter foco diretamente relacionado ao EV, apontou que a concepção de EV individual emergiu imbricada na perspectiva comportamental de promoção da saúde na maioria dos estudantes, por meio dos termos: alimentação saudável, hábitos de higiene e prática de exercícios físicos (VENDRUSCOLO, VERDI, 2011).

Vale lembrar que os esquemas perceptivos norteadores das definições de situações, e procedimentos interpretativos e avaliativos em que se envolvem os agentes na sua trajetória de vida cotidiana funcionam além da consciência e do discurso. Por isso, é importante frisar de onde se originam esses modos de pensar e falar sobre o EV e as práticas em saúde (BOURDIEU, 2015).

Críticas à abordagem individual e comportamental de EV advêm por não adotarem um olhar complexo sobre o tema de modo a considerar aspectos sociais, como o modelo econômico e a cultura, incidentes na construção coletiva das práticas. Não obstante, muitas publicações sobre o tema reconhecem expressamente os efeitos que o contexto social pode exercer sobre o comportamento humano (COCKERHAM, 2014; FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2017; MENÉNDEZ, 1998). Contudo, grosso modo, não consideram o EV como constructo derivado de processos dialógicos e históricos, e excluem das análises os modos de subjetivação dos quais derivam os diversos EV (COCKERHAM, 2014).

A esse respeito concordamos com BAGRICHEVSKY et al., (2010 p.1703) que diz:

Se tais discursividades reproduzem modos de pensar, escrever e mostrar algo, e têm a pretensão de intervir sobre diferentes esferas da vida humana, torna-se necessário não apenas situá-las nos momentos históricos e contextos concretos de sua elaboração – de forma a analisar mais detidamente a lógica engendrada, eminentemente subjetiva e complexa – mas, também, perscrutar como se movem os distintos sujeitos nesses modos de produção e circulação

Já o referencial teórico da promoção da saúde apresenta o conceito ampliado de saúde e de determinação social, agregando outros níveis ao modelo centrado no sujeito biológico para pensar a relação entre EV e saúde (CZERESNIA, 2009; WHO, 1986). Evidencia fatores econômicos, políticos, ambientais e culturais como determinantes ou condicionantes dos processos de adoecimento e destaca o poder de coletividades empoderadas na construção de EV saudáveis (CZERESNIA, 2009; MARCONDES, 2004). Apesar de esse modelo nos ajudar a superar o discurso da culpabilidade individual focada na abordagem de risco epidemiológico e de destacar o papel social do indivíduo na construção de sua realidade cotidiana, ainda dá pouco destaque à subjetividade nas discussões sobre EV.

Para o movimento das UPS a universidade deve criar uma cultura de saúde e um ambiente de aprendizagem que favoreça a melhoria da saúde, o bem-estar e a sustentabilidade de sua comunidade. Além disso, elas são organizações que podem contribuir para mudanças sociais por intermédio de parcerias em projetos que almejem a promoção da saúde de outras comunidades (TSOUROS, 1998; HOLT et al., 2016).

A rede de significados entrelaçados nas vozes dos estudantes dos cursos de saúde da UnB mostra que convivem, de forma por vezes conflitiva, diferentes visões sobre EV e saúde. Sobre esse aspecto conceitual, é preciso considerar que o campo científico é um espaço de conflitos e de concorrências, onde os participantes rivalizam com o intuito de estabelecer um monopólio sobre determinado tipo de capital (BOURDIEU, 2015).

Outro aspecto investigado se refere ao questionamento segundo o qual o fato de ser estudante de um curso de saúde contribuía para a adoção de EV saudáveis. Em suas narrativas, os graduandos foram quase unânimes em reconhecer que têm um conhecimento aprofundado sobre saúde, todavia, os fatores relacionados à vivência acadêmica e outros relacionados às suas condições de vida influenciam decisivamente para que não consigam adotar práticas sociais saudáveis. Tal achado ajuda a explicar por que a maioria das pesquisas sobre EV e saúde de estudantes dos cursos de saúde apresentam resultados similares a outras populações universitárias.

Das narrativas dos estudantes é possível depreender que eles têm um repertório de capital cultural incorporado¹² sobre os cuidados para promover sua saúde, no entanto, as circunstâncias impostas pelas condições estruturais de suas vivências acadêmicas e outras condições de vida relacionadas ao capital econômico funcionam como estrutura estruturante de suas escolhas relacionadas a comportamentos de saúde insalubres. Emerge assim um paradoxo, pois a instituição que tem a missão de formar agentes promotores de saúde, não consegue promover a saúde dos próprios estudantes.

De acordo com Bourdieu (2015), o *habitus*, na condição de produto das condições materiais da existência, se constitui em necessidade incorporada e se estende para além do que foi diretamente adquirido. Cockhram (2005) sugere em sua teoria dos EV saudáveis que as escolhas dos indivíduos são informadas e orientadas pela natureza das oportunidades disponíveis para eles. Tal aspecto aponta a necessidade urgente de se olhar para as práticas sociais em saúde tomando como base suas subjetividades e o contexto onde estão inseridas (COCKEHRAN, 2005; FROHLICH, CORIN, LOUISE POTVIN, 2001).

As falas dos estudantes evidenciam claramente que, mesmo estando habilitados para cuidar de sua saúde, suas escolhas são efetivadas em função das chances e/ou opções que são deliberadamente, segundo eles, limitadas por suas vivências no contexto universitário (CHOCKHRAM, 2005). O conceito de capital cultural e de promoção da saúde reforça a discussão sobre o aprimoramento da habilidade individual e coletiva e destaca a importância de ações que possam favorecer a reorientação de EV saudáveis de forma coerente com a identidade cultural de diferentes grupos populacionais (CZERESNIA, 2009; WHO, 1986). Para tanto, a criação e manutenção de espaços e oportunidades saudáveis é defendida como um ponto crucial (TSOUROS et al., 1998).

Ainda sobre a questão da relação entre ser estudante de cursos da saúde e ter saúde, cabe salientar algumas percepções de estudantes da Nutrição. Relatos afirmam que sofrem situações de cobranças sociais, angústia, sofrimento e adoecimento por não colocarem em prática alguns conhecimentos e normativas apresentados no processo formativo e na cultura vigente sobre

¹² O capital cultural pode existir sob três estados: incorporado, objetivado e institucionalizado. O primeiro resulta da inculcação e incorporação de experiências acumuladas por meio do processo ensino e aprendizagem e dos capitais recebidos pelos antepassados, o chamado capital cultural herdado. Ele implica investimento de tempo. O capital objetivado se refere às capacidades culturais que permitem o desfrute de bens culturais. Esse capital mantém estreita relação com o capital incorporado e o capital econômico. Por fim, o capital cultural institucionalizado é aquele que se adquire por meio de títulos e diplomas e está ligado de certa maneira ao capital econômico, o que facilita o acesso a esse tipo de capital cultural (BOURDIEU, 2015).

alimentação saudável, em geral relacionados ao comportamento alimentar e à imagem corporal. Reportam casos de isolamento social para evitar constrangimentos e se sentem ainda mais preocupados, pois sabem que essa situação pode resultar em ansiedade e transtornos de comportamentos como bulimia e anorexia. Outros estudos têm mostrado indícios de risco aumentado para esses transtornos alimentares em estudantes dos cursos de Nutrição, predominantemente em pessoas do sexo feminino, com idades entre 16 a 20 anos (BOSI et al., 2014; (BROWN, 2016).

Os resultados do presente estudo apontam ainda uma outra contradição: na análise do EV global avaliado por abordagem quantitativa, os estudantes do curso de Nutrição apresentaram os maiores escores em relação aos domínios do Questionário EV Fantástico. Ficam alguns questionamentos para reflexão. A que custo social e psicológico esses estudantes estão mantendo os comportamentos normatizados e postulados no (e pelo) campo da saúde? Até que ponto é possível considerar que os EV saudáveis desses estudantes promovem mesmo a saúde, em sua perspectiva ampliada?

Considerando que estudantes do presente estudo são predominantemente jovens, as universidades e os cursos precisam rever seus papéis, analisar seus currículos e suas práticas, de maneira a evitar que danos maiores possam afetar essa população bastante vulnerável. Esses futuros profissionais da saúde, formados para promover e disseminar valores e conhecimentos e formar subjetividades sobre saúde e EV saudáveis, podem estar se tornando, mesmo durante o processo da graduação, curadores adoecidos¹³ (JUNG, 1989).

7.5 A construção de uma UnB promotora da saúde

No cenário nacional, a expansão do acesso ao ensino superior é indicativo de melhoria nas políticas sociais e de equidade, em especial nas universidades públicas federais (FONAPRACE, 2011). As mudanças no perfil dos estudantes estão relacionadas a crescente utilização do ENEM a partir de 2009, a vigência da Lei das Cotas, a partir de 2013 e à adesão das IES federais ao SISU (FONAPRACE, 2016). Ainda assim, é necessário garantir que essa expansão se traduza também na democratização da promoção da saúde na comunidade acadêmica, não apenas em relação à capacitação socioprofissional, mas também quanto ao desenvolvimento.

¹³ O indivíduo pode ser caracterizado com arquétipo “do curador adoecido”, quando suas práticas sociais de saúde não condizem com os seus preceitos.

O PNAES (Decreto 7.234/2010) busca apoiar estudantes de baixa renda e viabilizar a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes. Propõe-se também a contribuir para a melhoria do desempenho acadêmico, com base em medidas destinadas a combater situações de repetência e evasão por meio de assistência à moradia estudantil, alimentação, transporte, saúde, inclusão digital, cultura, esporte, creche e apoio pedagógico na IES. Contudo, as ações que visam à atenção à saúde e cultura, previstas nas metas do programa, precisam ser fortalecidas, sendo imprescindível sua incorporação pela IES e pelo Estado no sentido de garantir sustentabilidade e recursos para lidar com as demandas emergentes (FONAPRACE, 2010).

Segundo Bleicher e Oliveira (2016, p.545) o PNAES não estipulou metas e nem mecanismos de avaliação da política para a atenção em saúde. Por isso, “poucos gestores encamparam a necessidade da mudança de atuação, no sentido de voltar as ações para promoção e prevenção em saúde e integração dos serviços à rede municipal pública de Saúde.”

Dados de 2014 sobre as universidades federais mostram que, em consonância com o PNAES, as instituições oferecem atendimentos médico e odontológico, exames para diagnóstico, prevenção e tratamento de dependência química, atendimento psicológico e pedagógico, entre outros. O número de atividades e o volume de vagas, porém, parecem ser insuficientes para atender às demandas relacionadas à saúde estudantil (FONAPRACE, 2016).

Vale destacar que a atual política do Estado brasileiro – de austeridade fiscal por meio do congelamento dos investimentos públicos em saúde, educação e ciência pelos próximos 20 anos (BRASIL, 2016) – vai na contramão desse processo. Com o desmonte de diversas outras políticas públicas que contribuía para redução das iniquidades no país – como o Bolsa Família e o Prouni que vêm sofrendo alterações em suas regras e cortes no orçamento –, preveem-se resultados catastróficos para a saúde física, mental e social dos estudantes universitários, notadamente dos mais vulneráveis.

Na realidade local da UnB, existem políticas e programas de assistência estudantil executados por meio de apoio econômico e serviços. Entre eles, programas de cotas, bolsas de auxílio socioeconômico, redução ou isenção de custo no restaurante universitário, programa de moradia estudantil e auxílio moradia e assistência psicossocial. Há também diversos programas e ações, em particular dos decanatos de assuntos comunitários e de extensão, que visam oferecer oportunidades de saúde, esporte e cultura a essa comunidade (UnB, 2015). No entanto, percebe-se, por meio dos resultados do presente estudo, que tais programas não são suficientes para atender às demandas dos estudantes, mesmo antes dos efeitos decorrentes das políticas de cortes do atual governo. Uma das questões que aparece nas falas, além da falta de vagas e/ou de

programas específicos, é a ineficiência na comunicação, na qual os estudantes apontam a dificuldade em acessar as informações sobre os programas existentes.

Diante do cenário atual, torna-se ainda mais relevante fortalecer políticas, programas e ações que favoreçam a promoção da saúde na universidade por meio de seus princípios tais como empoderamento e participação social. Isso porque, diante da ausência de recursos suficientes para ampliar os programas e contratar mais profissionais para atuar, deve-se apostar no envolvimento da comunidade, em particular dos estudantes, futuros profissionais da saúde, na elaboração e desenvolvimento de soluções criativas para os problemas enfrentados.

Nessa direção, pode-se citar o projeto inovador da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), o FS Promotora de Saúde, que vimos nascer e florescer no decorrer da elaboração da presente tese. O projeto visa à construção de uma cultura institucional de saúde na FS, e foi gestado em sintonia com os referenciais das UPS (MOURA; RODRIGUES, 2018). Várias ações desse projeto foram mencionadas, em particular por estudantes do curso de Saúde Coletiva, como facilitadores de um EV saudável, por exemplo: o Espaço Coletivo Cora Coralina, os Redários, o Projeto Plante um Livro no Jardim, da FS.

Em abril de 2018, o projeto FS Promotora de Saúde ganha institucionalidade e se expande por toda a universidade por meio do UnB Promotora da Saúde, numa adesão a nível central partindo da reitoria, à Rede-Ibero Americana de Universidades Promotoras de Saúde. O movimento das UPS entende a universidade como espaço potencial para proteger a vida e promover a saúde de toda a comunidade acadêmica, assim como das comunidades nas quais estão inseridas (TSOUROS, 1998; HOLT et al., 2016).

Esses profissionais de saúde deveriam ser capazes de agir e advogar em favor da promoção da saúde em sua visão ampliada (MELLO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2010; TSOUROS et al., 1998). A filosofia das UPS prevê o empoderamento dos indivíduos, a formação de sujeitos ativos e interessados nas lutas políticas, ambientais e sociais que, muitas vezes, precisam enfrentar um status quo favorável ao adoecimento (DOORIS et al., 2010; 2006; TSOUROS, 1998).

Intencionando contribuir com o Projeto UnB Promotora de Saúde com base no olhar dos estudantes, a pesquisadora indagou-lhes de que forma a universidade poderia ajudá-los a serem mais saudáveis. Dentre as principais sugestões surgem aspectos de espaços e oportunidades mais saudáveis e de integração social, e de palestras sobre a saúde mental e a organização e gestão do tempo. Cabe agora agir no sentido de promover o empoderamento e de motivá-los a assumirem papéis de liderança na advocacia e a colocarem em prática as sugestões. À universidade deve ser um espaço de socialização, de aprendizagem de habilidades e de

promoção de intervenções que favoreça toda comunidade universitária praticar comportamentos saudáveis e modificar comportamentos inadequados (MELO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2010; DOORIS et al., 2010).

Uma pesquisa consultiva foi realizada com estudantes de universidades da Inglaterra, Escócia e País de Gales para avaliar a percepção dos estudantes sobre uma universidade saudável. Apesar de realidades diferentes, os resultados mostram similaridades com as narrativas do nosso estudo. Os estudantes apontaram vários aspectos relacionados ao ambiente físico e ao currículo. Mas, o acesso a alimentos saudáveis e instalações para exercícios a preços razoáveis foram características-chave de uma universidade saudável para os alunos deste estudo (HOLT et. al., (2014).

De acordo com Tsouros (1998), as mudanças de percepção sobre o conceito de saúde e EV entre os estudantes e as disciplinas acadêmicas também são passos cruciais em qualquer tentativa de introduzir e incentivar a promoção da saúde num projeto de universidade saudável (TSOUROS, 1998), especialmente dos futuros profissionais da saúde, porque necessitam desenvolver valores e atitudes relacionados à manutenção e promoção da vida e da saúde na dinâmica social (BERNHEIM; CHAUÍ, 2008, BECHI, 2011).

Apesar de o aluno ocupar posição central na universidade, nem sempre sua voz é ouvida nos processos de tomada de decisão. É importante resgatar a participação e o protagonismo juvenil nos projetos avaliativos e decisórios, e reconhecer a capacidade dos jovens nas modificações das estruturas (SPOSITO; TARÁBOLA, 2016). Igualmente importante é incentivar a participação juvenil nas universidades, seja por meio das organizações coletivas, nos diretórios, nas ligas ou comissões (SPOSITO; TARÁBOLA, 2016). A esse respeito, os participantes deste estudo afirmaram que sentem necessidade de ser ouvidos e apontaram os centros acadêmicos como locais de interação social e relaxamento. Não obstante, não surgiram relatos potentes sobre a atuação política desse espaço de representação social estudantil. Embora a UnB deva favorecer e estimular esses espaços para que possam proporcionar melhor bem-estar para os alunos, é necessário também rediscutir e fortalecer seus papéis políticos.

Os estudantes elogiaram a dinâmica dos grupos focais, destacando que as estratégias de grupos de conversas são interessantes, pois dão a eles a oportunidade de falar sobre seus problemas. De acordo com os mais modernos processos de avaliação, conhecidos como avaliação de quarta geração, é preciso considerar as reivindicações e questões dos grupos envolvidos e possibilitar o empoderamento dos indivíduos afetados, fazendo com que aprendam com o processo (KANTORSKY et al., 2009). Muito embora a presente pesquisa não tenha

efetivamente sido de quarta geração, converge com essa ideia de participação e se aproxima do anseio dos estudantes de serem ouvidos.

A UnB deve, portanto, fortalecer os canais de comunicação com os estudantes de modo a incluí-los, não só no levantamento dos problemas, mas também na criação e efetivação das soluções e nos espaços de tomadas de decisão. Uma universidade que almeja construir uma cultura de saúde assume o compromisso ético de institucionalizar a filosofia promotora de saúde e incorporá-la ao seu cotidiano organizacional (TSOUROS, 1998; HOLT et al., 2016).

8. Detalhes do percurso: limitações e avanços da pesquisa.

*O dia acaba. Uma grande paz surge
nos pobres espíritos fatigados pelo
trabalho da jornada e seus
pensamentos tomam agora as cores
ternas e indecisas do crepúsculo.
Charles Baudelaire*

Chegamos ao final dessa jornada com a certeza de que nos (des)construímos ao longo do caminho. Apesar dos desafios vivenciados no desenrolar da pesquisa, ressaltamos o crescimento e o amadurecimento conquistados durante o percurso, os quais se deram por meio da inserção nos grupos de pesquisa em Educação Física e Saúde Coletiva e do grupo de Estudos Equidade e Promoção da Saúde, do contato com os participantes do estudo, e das incontáveis trocas de saberes ocorridas nesse rico espaço universitário.

Não obstante, todo processo de produção de saberes apresenta limitações. Algumas são intrínsecas ao projeto e outras pertencentes ao próprio campo no qual se encontra incluído o tema. Em relação ao projeto de pesquisa, é importante ressaltar que os dados produzidos não representam o conjunto das percepções dos estudantes universitários de cursos de saúde da UnB e, muito menos, da população universitária da UnB ou das demais universidades brasileiras. Embora a amostra seja numericamente representativa de cada curso, não foi estratificada em função de sexo ou classe econômica, duas variáveis significativas no fenômeno estudado.

Outra limitação relacionada ao desenho do estudo, transversal, é a impossibilidade de inferências causais entre as variáveis associadas aos comportamentos dentro dos *clusters*. Cabe também registrar que a identificação dos *clusters* é orientada por dados obtidos com base em uma composição populacional, portanto, não pode ser facilmente generalizada para além do grupo estudado.

Não se pode deixar de mencionar ainda que, embora cientificamente reconhecido como um método mais fácil, rápido e econômico de coletar dados, o uso de questionários demanda dedicação de tempo para respondê-los. Ao optar pela aplicação face a face, precisávamos da contribuição dos docentes dos cursos de saúde para ocupar o tempo de quinze a vinte minutos de suas aulas. Para efetuar o agendamento, foram enviados e-mails e buscamos contatos presenciais com os docentes das disciplinas selecionadas. Ainda que grande parte dos docentes tenham autorizado a aplicação do instrumento durante sua aula, a resposta aos e-mails de convite foi demorada e boa parte sequer respondeu. Mesmo quando abordados presencialmente, alguns docentes não autorizaram a realização da pesquisa, relatando não disporem de tempo.

Outras limitações dizem respeito aos próprios temas, EV e saúde, extremamente complexos e abrangentes. O uso de questionários relativos a comportamentos em geral está associado a vieses de memória e de aceitação social, em particular os “não saudáveis”. Vale lembrar que existem vários instrumentos para estimar e avaliar o EV, cada um se baseando em comportamentos e questões específicas e, assim, gerando resultados diferentes entre si. Comparações entre os estudos são igualmente limitadas pela população estudada e pela forma de operacionalização das medidas de comportamentos, do instrumento e dos métodos de análises utilizados nas pesquisas. Por fim, ao abordar o tema baseado em diversos campos científicos, e mesmo dentro da saúde, as visões de mundo que orientam os pesquisadores interferem nos resultados.

Observamos também que questionários que somam as questões de EV podem esconder informações relevantes sobre alguns comportamentos. Por isso, na medida do possível, tentamos resgatar essas informações apresentando dados sobre domínios e comportamentos do EV em separado.

Como aspectos positivos, a realização da presente pesquisa identificou e aplicou o instrumento multicomportamental, validado em pesquisas com universitários no Brasil e em outros países – o EV Fantástico – favorecendo certa comparabilidade entre estudos e a identificação de comportamentos que se agrupam. A modelagem estatística utilizada – *por clusters* – também representa um avanço nos estudos sobre EV brasileiros. Essa técnica multivariada é apropriada para análise de EV coletivos e revelou que os comportamentos individuais em saúde também emergem de padrões coletivos e sociodemográficos.

Ao se aproximar de estudos socioculturais sobre EV e saúde, percebeu-se a necessidade de trazer aspectos de determinação social sobre os fenômenos, além da subjetividade sobre eles, tomando como base os atores sociais escolhidos – os universitários. Os resultados da abordagem qualitativa possibilitam uma reflexão aprofundada, revelando aspectos intervenientes impossíveis de serem vistos por meio de medidas quantitativas e modelagens estatísticas.

A despeito da inexperiência inicial com o método, acreditamos que a utilização do grupo focal por cursos mostrou-se uma escolha acertada para coleta dos dados com os estudantes, por possibilitar a interação entre os participantes, e por dialogar bem com a ideia de *clusters* e *habitus*. Contribuímos ainda para desvelar percepções latentes, valendo-nos das vozes dos estudantes, que podem estar engendrados em estruturas sociais vivenciadas em suas experiências coletivas. Após o encerramento das sessões dos grupos focais, a maioria dos participantes elogiou bastante a iniciativa.

A aproximação do campo da saúde, em especial da Educação Física, do conceito de *habitus* pode representar mais uma heurística para compreender os padrões complexos e profundamente enraizados de determinados EV e comportamentos que cotidianamente são associados a problemas prevalentes na saúde pública e que são objeto das produções científicas e das práticas.

Por fim, a estratégia de triangulação com abordagens quantitativa e qualitativa possibilitou compensar as limitações inerentes a cada uma, produzindo resultados com maior vigor teórico. Lidar com as duas abordagens foi uma tarefa difícil. Em geral, estão associadas a diferentes visões de mundo e a um conjunto de técnicas singulares que requerem habilidades e conhecimentos distintos para lidar com os instrumentos (inclusive *softwares* de análise) e dados. A triangulação, por sua vez, exige que o pesquisador deixe de lado os preconceitos teóricos e a dicotomia objetivo/subjetivo e abrace o que tem de melhor em cada abordagem de maneira a ampliar a visão do seu objeto de pesquisa. Essa tarefa demanda muito tempo de leitura e reflexões sobre si e sobre o mundo e o tempo da academia (quatro anos de doutorado) deixou a desejar para que avançássemos ainda mais nesses processos.

No entanto, a realização das reflexões temporalmente restritas ao doutorado nos desafiaram a realizar análises adicionais, e a pesquisa sobre o tema e com esses dados não se encerra com a apresentação dessa tese. Esperamos que o presente estudo sirva de motivação para novas pesquisas com olhares ampliados e metodologias diversas sobre o EV e saúde de universitários, favorecendo a desnaturalização do enfoque biológico e individual desses fenômenos, ainda hegemônico nas pesquisas e práticas no campo da saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A maioria dos problemas que os alunos têm estão relacionados à saúde mental. Não consigo pensar em solucionar tudo que a gente fala que é cobrado, mas isso recai sobre todo mundo. [...] Observando todos os relatos, o maior problema mesmo é a saúde mental, mas sou incapaz de achar uma solução imediata para isso” (Estudante de Saúde Coletiva)

A presente tese abordou a questão de como as condições objetivas e subjetivas de vida dos estudantes dos cursos de saúde do Campus Darcy Ribeiro da UnB afetam seus EV e práticas sociais de saúde, em especial em sua trajetória no contexto universitário. Para tanto, nos aproximamos do conceito de *habitus*, a fim de problematizar as raízes econômicas, sociais, históricas, epistemológicas e intrinsecamente políticas das tensões e lacunas imbricadas nas teorias que respaldam as discussões sobre EV e saúde, com extensos debates na literatura.

O estudo revelou os determinantes do EV e saúde dos estudantes, quantitativa e qualitativamente, além de fornecer uma compreensão mais profunda da natureza complexa dessas questões. Vimos que os estudantes dos cursos de saúde da UnB apresentam perfil sociodemográfico distinto e distintivo em relação à população de estudantes de outros cursos e do geral das universidades federais, pois são mais jovens, com maior poder econômico e melhores condições de vida. Tais aspectos reforçam a importância de se considerar as relações entre EV e saúde tomando como base as condições de vida, as subjetividades e também as chances de escolha disponibilizados pelos contextos onde se inserem os indivíduos.

O estudo quantitativo revelou que os estudantes dos cursos de saúde têm um EV classificados com EV bom e não se observou diferença por sexo. Na análise do EV grupal, os domínios da atividade física, nutrição, comportamento acelerado e introspecção (tendência ao estresse) apresentaram os menores escores; no entanto, uma análise mais detida dos itens que compõem cada domínio mostrou frequências altas de inadequação do sono.

Adicionalmente, a análise de agrupamento mostrou a existência de três grupos com EV similares – um moldado por comportamentos saudáveis, formado pela maioria dos estudantes; um moldado por inadequação dos domínios da atividade física, introspecção e tipo de comportamento; e grupo menor, moldado pela inadequação dos domínios atividade física, nutrição, tipo de comportamento e consumo de drogas, formado por uma minoria dos estudantes – e da associação entre esses grupos com aspectos individuais (como sexo), mas principalmente com aspectos socialmente determinados (como local de moradia, escolaridade dos pais, classe econômica, e forma de deslocamento para a universidade).

O estudo qualitativo mostrou que esses padrões de EV foram relacionados ainda às disposições das trajetórias de vida dos estudantes e do contexto acadêmico. Em particular, a realização dos cursos em tempo integral, gestão do tempo, sobrecarga de tarefas acadêmicas, excesso de atividades extraclasse, relações com professores, diferentes pressões sociais, como também a disponibilidade e acessibilidade de alimentos saudáveis, de locais adequados para a prática de atividade física e a segurança no campus, que operam como estruturas estruturantes dos *habitus* ligados ao EV dos estudantes dos cursos de saúde da UnB.

Outro aspecto se refere à visão epistêmica (e intrinsecamente política) acerca do significado de EV saudável fundamentado no olhar dos estudantes dos cursos de saúde. Em adição ao significado individual hegemônico encontrado na produção científica, aparece fortemente a concepção de EV que considera o contexto social, as subjetividades e as condições de vida dos indivíduos nas escolhas de suas práticas sociais de saúde.

Embora o objetivo da pesquisa não tenha sido investigar as frequências e os processos de sofrimento e adoecimento, a temática do adoecimento mental emergiu fortemente nas narrativas dos estudantes, sendo resultante das pressões sociais, notadamente as pressões acadêmicas.

Mediante a integração dos resultados qualitativos e quantitativos, destacam-se as seguintes convergências, diferenças e/ou combinações:

- Os comportamentos do EV com piores inadequações foram percebidos nas duas abordagens de pesquisas;
- Comportamentos apareceram agrupados na análise de cluster e nas narrativas dos estudantes sobre EV saudável;
- O consumo de drogas ilícitas foi percebido nos dados quantitativos, mas não emergiu nas narrativas dos estudantes;
- O sofrimento mental foi corroborado pela inadequação dos domínios do tipo comportamento (comportamento de pressa) e introspecção e nas narrativas dos estudantes;
- Os dados qualitativos evidenciaram que somente a formação não explica a escolha por um EV saudável;
- As narrativas dos estudantes mostraram forte relação do EV (não saudável) com o contexto acadêmico e as pressões sociais.

Esses resultados sugerem a existência de um *habitus* que poderíamos denominar de *habitus* universitário da saúde. Cada grupo apresenta seu EV e conforma seu *habitus* como

estruturas transponíveis, caracterizado pelo conjunto de disposições adquiridas de suas determinações sociais e das vivências no contexto acadêmico, que funcionam como princípio gerador de representações e práticas sociais de saúde.

Dessa forma, é importante que pesquisadores, professores, estudantes, profissionais e formuladores de políticas públicas compreendam a complexidade do fenômeno EV e saúde, buscando superar o modelo de “diagnóstico e prescrição” tão presentes nas práticas em saúde, tendo em mente que o EV é uma construção social.

Uma UnB verdadeiramente promotora da saúde será realidade quando todas as políticas, currículos, cursos e estratégias considerarem as demandas inerentes às vulnerabilidades sociais imbricadas nas condições de vida dessa população, inclusive as produzidas dentro da própria universidade. Os resultados aqui apresentados podem fornecer as bases para análises mais aprofundadas das práticas de saúde, dos processos de formação e de produção científica sobre tema tão relevante na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

ABEL, T.; COCKERHAM, W. C.; NIEMANN, S. A critical approach to lifestyle and health. In: WATSON, J. PLATT, S. (Orgs.). **Researching health promotion**. New York: Routledge, 2000. p. [54-77]

ACEIJAS, C. et al. Determinants of health-related lifestyles among university students. **Perspectives in Public Health**, Los Angeles, v. 137, n. 4, p. 227-236, 2017.

ALMEIDA, A. et. al. Tabagismo e sua relação com dados sociais, uso de álcool, café e prática de esporte, em estudantes da Universidade do Vale do Sapucaí. **Revista Médica de Minas Gerais**, Pouso Alegre, v. 21. n. 2, p. 168-173, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: GOLDENBERG, P. et al. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 143-156.

ALMEIDA, J. A. S. **A Universidade de Brasília é promotora de saúde?** A percepção de alunos dos cursos de saúde. 2017. 185 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

ALMEIDA, L. S.; SOARES, A. P. Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In: MERCURI, E.; POLYDORO, S. A. J. (Orgs.). **Estudante universitário: características e experiências de formação**. Taubaté: Cabral, 2004. p. 15-40.

ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. **Movimento**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 229-244, 2010.

ALVES, Everton Fernando. Estilo de vida de estudantes de graduação em enfermagem de uma instituição do sul do Brasil. **Revista do Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v.3, n. 1, 2011

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 1, p. 20-31, 2007.

ARROYO, H. V.; RICE, M. (Coords.). La universidad y el desarrollo de las redes académicas y profesionales de promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. In: CONGRESO INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 4., 2009, Pamplona. **Anales...** Pamplona: Universidade Pública de Navarra, 2009. p. 37.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA – ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2bbZsD7>>. Acesso em: 5 set. 2018.

ASSUMPCÃO, L. O. T.; GOLIN, C. H. Reflexão sociológica sobre o conceito de habitus relacionado à prática de atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016.

ASSUMPÇÃO, L. O. T.; NINA, A. C. Investigando a construção do estilo esportivo de vida por intermédio do conceito de habitus de Pierre Bourdieu. **Revista da Educação Física**, Maringá, v. 21, n. 2, p. 303-312, 2010.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. O imperativo da epidemiologia dos fatores de risco em face das desigualdades sociais : agenciamentos discursivos sobre o sedentarismo. **Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 37, p. 89-102, 2012.

BAGRICHEVSKY, Marcos et al . Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, p. 1699-1708, 2010 .

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BARBOSA, R. R. et al. Estudo sobre estilos de vida e níveis de estresse em estudantes de medicina. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 313-319, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

BECHI, D. Mercantilização do ensino superior: os desafios da universidade diante do atual cenário educacional. **Acta Scientiarum: Education**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 139-147, 2011.

BERNHEIM, C. T.; CHAUI, M. S. **Desafios da universidade na sociedade do conhecimento: cinco anos depois da Conferência Mundial da Educação Superior**. Brasília: Unesco, 2008.

BLEICHER, T.; OLIVEIRA, R. C. N. Políticas de assistência estudantil em saúde nos institutos e universidades federais. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 543-549, 2016.

BOMFIM, R. A. et al. Factors associated with a fantastic lifestyle in Brazilian college students - a multilevel analysis. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 601-610, 2017.

BOSI, M. L. M. Problematizando o conceito de risco em diretrizes éticas para pesquisas em ciências humanas e sociais na Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2675-2682, 2015.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães et al . Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 243-252, 2014.

BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**. São Paulo: Ática, 1994.

_____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora Unesp, 2004

_____. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Tradução Mariza Corrêa. 11. ed. Campinas: Papirus, 2011.

_____. **A distinção**: crítica social do julgamento. 2. ed. Porto Alegre: Zouk, 2015.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<https://goo.gl/HwJ1Q>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<https://goo.gl/FDaPDC>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <<https://bit.ly/1OgopZ0>>. Acesso em: 6 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. v. 7.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2wGfLR3>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2008**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.

_____. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2013.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 6, n. 1, p. 83-101, 2010.

BRITO, B. J. Q.; GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. Revisão da literatura sobre o estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 66-76, 2014.

- BROWN, P. **The invisible problem?** Improving student's mental health. Oxford: Higher Education Policy Institute, 2016. v. 88. (HIPE Report Series).
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.
- CALIMAN, L. V. Quando os estilos de vida se tornam estilos de risco. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. (Eds.). **Saúde coletiva**: dialogando sobre interfaces temáticas. Ilhéus: Editus, 2015. p. 291-318.
- CAMPOS, A. G.; PHINTENER, M. J. Tempos sociais de jovens no Brasil urbano. In: SILVA, E. R. A.; BOTELHO, R. U. (Orgs.). **Dimensões da experiência juvenil brasileira e novos desafios às políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2016. p. 123-152.
- CAMPOS, L. et al. Conduas de saúde de universitários ingressantes e concluintes de cursos da área da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 2, p. 17-25, 2016.
- CASPERSEN, C. J.; POWEL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Washington, DC, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.
- CARDOSO, F. A.; DYTZ, J. L. G. Criação e consolidação do Curso de Enfermagem na Universidade de Brasília: uma história de tutela (1975-1986). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 251-257, 2008.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-180.
- CARVALHO, C. A. et al. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 479-490, 2015.
- CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.
- CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CASTRO, J. B. P. et al. Perfil do estilo de vida de universitários de educação física da cidade do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 2, n. 25, p. 73-83, 2017.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CENTER FOR COLLEGIATE MENTAL HEALTH. **2016 annual report**. University Park, 2017.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde :aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.

COCKERHAM, W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. **Journal of Health and Social Behavior**, Thousand Oaks, v. 46, n. 1, p. 51-67, 2005.

_____. Health sociology in a globalizing world. **Sociologia de la Política y Sociedad**, Madrid, v. 48, n. 2, p. 235-248, 2011.

_____. Bourdieu and an update of health lifestyle theory. In: COCKERHAM, W. C. (Ed.). **Medical sociology on the move**. New York: Springer, 2013. p. 127-154.

_____. The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1031-1039, 2014.

COCKERHAM, W. C.; ABEL, T.; LÜSCHEN, G. Max Weber, formal rationality, and health lifestyles. **The Sociological Quarterly**, Abingdon, v. 34, n. 3, p. 413-428, 1993. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/4121105>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

COCKERHAM, W. C.; RÜTTEN, A.; ABEL, T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond weber. **The Sociological Quarterly**, Abingdon, v. 38, n. 2, p. 321-342, 1997.

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal. **Distrito Federal: síntese de informações socioeconômicas**. Brasília, DF, 2014. 93 p.

COELHO, M. T. Á. 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, ago. 2002.

CRAWFORD, R. Healthism and the medicalization of everyday life. **International Journal of Health Services**, Thousand Oaks, v. 10, n. 3, p. 365-388, 1980.

CURIOSO, W. et al. Entrenando a la nueva generación de estudiantes en salud global en una universidad peruana. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 25, n. 3, p. 269-73, 2008.

_____. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 1-7.

_____. **Categoria vida: reflexões para uma nova Biologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DAVIES, J. et al. Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. **Journal of American College Health**, v. 48, n.6, p. 259-67, 2000.

DECLARAÇÃO de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 3., 1991, Sundsvall. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1991.

DELIENS, T. et al. Determinants of eating behaviour in university students : a qualitative study using focus group discussions. **British Medical Journal**, London, v. 14, n. 53, p. 1-12, 2014.

DODD, L. J. et al. Lifestyle risk factors of students: a cluster analytical approach. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 51, p. 73-77, 2010.

DOORIS, M. Perspectivas internacionales sobre los entornos saludables: reflexiones críticas, innovaciones y nuevas direcciones. **Global Health Promotion**, Thousand Oaks, v. 23, n. 1, p. 112-114, 2016.

DOORIS, M.; DOHERTY, S. Healthy universities: time for action: a qualitative research study exploring the potential for a national programme. **Health Promotion International**. Eynsham, v. 25, n. 1, p. 94-106, 2010.

DOORIS, M.; WILLS, J.; NEWTON, J. Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities. **Scandinavian Journal of Public Health**, Thousand Oaks, v. 42, p. 7-16, 2014. Supplement 15.

DUARTE, T. A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica). **Sociologia**, [Lisboa] n. 60, p. 1-24, 2009.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 15-28, 2017.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, 2010.

FILICE, R. C. G.; SANTOS, D. S. Ações afirmativas e o sistema de cotas na UnB: antecedentes históricos. **Cadernos de Educação**, Brasília, n. 23, p. 209-248, 2010.

FLICK, U. **Introdução à análise qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FONAPRACE – Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. **IV pesquisa do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino brasileiras**. Brasília, DF, 2016.

_____. **Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino brasileiras**. Uberlândia, 2011.

FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. Práticas corporais no campo da saúde. In: FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. DE; GOMES, I. M. (Eds.). **As práticas corporais no campo da saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 7-20.

FROHLICH, K. L.; CORIN, E.; POTVIN, L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. **Sociology of Health & Illness**, Hoboken, v. 23, n. 6, p. 776-797, 2001.

GALVIS, M. L. V.; PARRA, J. C. A.; ORTEGA, N. O. Estilos de vida en los estudiantes de enfermería. **Ciencia y Cuidado**, Cúcuta, v. 12, n. 1, p. 27-39, 2015.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

_____. **Mundo em descontrole**. 6. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GIL, J. Estudantes da UnB levam saúde à comunidade do DF. **UnB Notícias**, Brasília, DF. 2016. Disponível em: <<https://noticias.unb.br/publicacoes/112-extensao-e-comunidade/800-a-universidade-vai-a-comunidade>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

GOLIN, C. H.; MATO, U. F. Reflexão sociológica sobre o conceito de habitus relacionado à prática de atividade física. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016.

GOLMAN, E. New health consciousness in policy and everyday life: origins and the main directions for its problematization. **The Journal of Social Policy Studies**, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 509-522, 2014.

GÓMEZ, D. P. Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque biomédico. **Revista Apuntes Universitario**, Lima, v. 3, n. 1, p. 9-26, 2014.

GORENSTEIN, C. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GRASE, S.; HESSE, J.; HARTMANN, T. The international development of health promoting universities. **Prävention und Gesundheitsförderung**, New York, v. 5, n. 3, p. 179-184, 2010.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

_____. Política nacional de educação na saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 98-114, 2008.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HOLT, M. et al. Student perceptions of a healthy university. **Public Health**, London, v. 129, p. 674-683, 2015.

HORSBURGH, D. Evaluation of qualitative research. **Journal of Clinical Nursing**, Hoboken, v. 12, n. 2, p. 307-312, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015. Rio de Janeiro, 2015.

_____. **Produto Interno Bruto dos Municípios – 2012**. Rio de Janeiro, 2014. (Contas Nacionais n. 43).

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior 2015**: resumo técnico. Brasília: 2018.

JUNG, C. G. *Memoriesn dreams, reflections*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface – Comunicação e saúde**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 343-355, 2009.

KUH, G. D. et al. **What matters to student success**: a review of the literature. Commissioned report for the National Symposium on postsecondary student success spearheading a dialog on student success. Washington, DC: NPEC, 2006.

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

LANGE, I.; VIO, F. **Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior**. Santiago: OMS, 2006.

LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A. M.; MASCARENHAS, F. Transformações contemporâneas do campo acadêmico-científico da educação física no Brasil: novos habitus, modus operandi e objetos de disputa. **Movimento**, Porto Alegre, v. 20, p. 67-80, 2014.

LAZZAROTTI FILHO, L. A. et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da educação física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 11-29, jan./mar. 2010.

LE BRETON, D. **Uma breve história da adolescência**. Tradução de Andréa Máris Campos Guerra. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2017.

LEITE, T. R. A.; SANTOS, B. R. M. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, n. 27, p. 14-20, 2011.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.

LIMA, G. S.; NIERO, R. F. A visão sociológica de pierre bourdieu sobre o esporte. **Akrópolis**, Umuarama, v. 19, n. 2, p. 125-134, 2011.

LIPP, M. et al. A relação entre stress, padrão tipo A de comportamentos irracionais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 309-323, 1990.

LUZ, S.; ÁLVAREZ C. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 30, n. 1, p. 95-101, 2012.

MARCIEL, M. E.; LEITÃO, D. K. Apresentação. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, n. 33, p. 7-11, 2010.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 39-47, 2008.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, London, v. 365, p. 1099-1104, 2005.

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 e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 683692, 2009.

MELO, A. et al. Nível de atividade física dos estudantes de graduação em educação física da Universidade Federal do Espírito Santo. **Journal of Physical Education**, Maringá, v. 27, n. 1, p. 2723, 2016.

MENÉNDEZ, E. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou medicalização? Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998a.

MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. **Estudios Sociológicos XVI**, v. 46, p. 37-68, 1998b.

MERCURI, E; POLYDORO, S. A. Integração ao ensino superior: explorando sua relação com características de personalidade e envolvimento acadêmico. In: MERURI, E.; POLYDORO, S. A. J. (Org). **Estudante universitário: características e experiências de formação**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2003.

MESQUITA, A. M. et al. Depressão entre estudantes de cursos da área da saúde de uma universidade em Mato Grosso. **Journal of Health NPEPS**, Tangara da Serra, v. 1, n. 2, p. 218-230, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Conceito de avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010

_____. A condição juvenil no século XXI. In: MINAYO, M. S. C.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. **Amor e violência: um paradoxo da relação de namoro e do ‘ficar’ entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011. p. 17-43.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GOMEZ. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, A. M. H. (Org.). **O clássico e novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-142.

MONTAGNER, M. Â. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 515526, 2006.

_____. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1588-1598, 2008.

MORELLI, A. L. F. **Do pionerismo à consolidação**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MORIN, E. **Os setes saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2014.

MOURA, L. B. A.; RODRIGUES, N. S. **Universidade promotora de saúde: o percurso da faculdade de ciências da saúde**. Brasília: Universidade de Brasília, 2018

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** [Internet]. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2uvRmBC>> Acesso em: 30 jul. 2018.

MURPHY, J. et al. How do lifestyle behaviours cluster in Irish third level students? In: ALL IRELAND POSTGRADUATE CONFERENCE, Island: Institute of Technology, Carlow, 2017.

NACAR, M. et al. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Tehran, v. 15, n. 20, p. 8969-8974,

NAUHRIA, S. et al. Physical activity and dietary patterns: a health risk behavior cluster pattern analysis of students in a Caribbean medical school. **Asian Journal of Medical Sciences**, Pokhara, v. 8, n. 4, p. 50, 2017.

NOGUEIRA, G. M.; SILVA, P. P. C.; BRASILEIRO, M. D. S. Significado de lazer e práticas físico- esportivas dos universitários Significance of leisure and practices of academic sports-physical. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 19, n. 11, p. 35-45, 2014.

NUSS, M. A. et al. Medical student perceptions of healthy lifestyles: a qualitative study. **Californian Journal of Health Promotion**, [s.l.], v. 2, n. 1, p. 127-134, 2004.

OLIVEIRA, C. S. et al. Atividade física de universitários brasileiros: uma revisão da literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 42, p. 71-77, 2014.

ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.

PACHECO, J. P. et al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 39, p. 369-378, 2017.

PADOVANI, R. C. et al. Vulnerability and psychological well-being of college student. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 2-10, 2014.

PAGANO, M.; KIMBERLEE, B. **Princípios de bioestatística**. São Paulo: Thompson, 2004.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

PAIXÃO, L. A.; DIAS, R. M. R.; PRADO, W. L. Estilo de vida e estado nutricional de universitários ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 145-150, 2010.

PARANHOS, F.; GARrafa, V.; MELO, R. Estudo crítico do princípio de benefício e dano. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 12-19, 2015.

PAUL, L. et al. Associations between binge and heavy drinking and health behaviors in a nationally representative sample. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 36, n. 12, p. 1240-1245, 2001.

PAULA, Y. A. Representações de graduandos ingressantes acerca da nova vida universitária. **Educação & Linguagem**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 200-222, 2014.

PENGPID, S. et al. Physical inactivity and associated factors among university students in 23 low-, middle- and high-income countries. **International Journal of Public Health**, Basel, v. 60, n. 5, p. 539-549, 2015.

PEREIRA, E. M. A. A percepção dos universitários sobre seus problemas. In: AZZI, R. G. **Estudante universitário: características e experiências de formação**. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2004. p. 187-217.

PETRIÚ, M. M. V.; CABRAL, P. C.; ARRUDA, I. K. G. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 837-846, 2009.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Análise dos dados da PNAD 2012: Comparativo Distrito Federal e Brasil**. Brasília, DF: Codeplan, 2013.

PRINCE, M. A., CAREY K. B, MAISTO A. S. Protective behavioral strategies for reducing alcohol involvement: a review of the methodological issues. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 38, n. 7, p. 2343-2351, 2013.

PÔRTO, E. F. et al. How life style has been evaluated: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015.

RAMÍREZ-SÁNCHEZ, I. et al. Anthropometric traits, blood pressure, and dietary and physical exercise habits in health sciences students; the obesity observatory project. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 28, n. 1, p. 194-201, 2013.

REGIÃO Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. **Wikipédia**, [S.l.], atual. 6 ago. 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2HTF2kd>>. Acesso em: 6 set. 2018.

REYNAGA-ORNELAS, M. G. et al. Percepción de comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios del área de la salud. **Acta Universitaria**, Ciudad de México, v. 25, n. NE-1, p. 44-51, 2015.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, nov. 2014.

ROCHA, E. Universidades promotoras de saúde. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, Lisboa, v. 27, n. 1, p. 29-35, 2008.

RODRIGUES, A. M. Desigualdades socioespaciais: a luta pelo direito à cidade. **Cidades**, Rio Claro, v. 4, n. 6, p. 73-88, 2007.

RECHENCHOSKY, L. et al. Estilo de vida de universitários calouros e formandos de educação física de uma universidade pública do centro-oeste brasileiro. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, [S.l.], v. 11, n. 5, p. 47-54, 2012.

RIZO-BAEZA, M. M.; GONZÁLEZ-BRAUER, N. G.; CORTÉS, E. Calidad de la dieta y estilos de vida en estudiantes de Ciencias de la Salud. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 29, n. 1, p. 153-157, 2014.

RODRIGUEZ AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “Estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. The interaction of personal and parental education on health. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 72, n. 4, p. 591-599, 2011.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do consumidor**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

SCHLEICH, A. L. R. **Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes: um estudo sobre relações**. 2006. 172 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, 2002.

SETTON, M. G. J. **Rotary Club: habitus, estilo de vida e sociabilidade**. São Paulo: Annablume, 2004.

SETTON, M. G. J. A escolha e o reconhecimento pela educação: o caso de Antônio. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 1405-1418, 2015.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1901-1909, 2014.

SILVA, A. M. S. **Estilos de vida em estudante do ensino superior**. 2016. 303 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2016.

SILVA, F. A. B. Os jovens brasileiros e as suas práticas culturais: entre universalismo e singularidades. In: In: SILVA, E. R. A.; BOTELHO, R. U. (Orgs.). **Dimensões da experiência juvenil brasileira e novos desafios às políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014. v. 1. P. 221-269.

SILVA, D. A. S. et al. Estilo de vida de acadêmicos de educação física de uma universidade pública do Estado de Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 53-67, 2012.

SPOSITO, M. P.; TARÁBOLA, F. S. Experiência universitária e afiliação: multiplicidade, tensões e desafios da participação política dos estudantes. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 37, n. 137, p. 1009-1028, 2016.

SOARES, A. B.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais e adaptação à universidade: Convergências e divergências dos construtos. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 33, n. 2, p. 139-151, 2015.

SOUSA, T. F.; JOSÉ, H. P. M.; BARBOSA, A. R. Conduas negativas à saúde em estudantes universitários brasileiros. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3563-3575, 2013.

SOUZA, J.; MARCHI JÚNIOR, W. Subsídios para uma sociologia reflexiva do esporte. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA, 27.; JORNADAS DE SOCIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES, 8., 2009, Buenos Aires. **Anales...** Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología, 2009.

SOUZA, L. B. et al. Inadequação de consumo alimentar, antropometria e estilo de vida de universitárias da área de saúde. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 377-381, 2012.

STOCK, C.; MILZ, S.; MEIER, S. Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities. **Global Health Promoting**, London, v. 17, n. 1, p. 25-32, 2010.

TAMAYO J. A. et. al. Estilos de vida de estudantes de odontología. **Hacia la Promoción de la Salud**, Manizales, v. 20, n. 2, p. 147-160, 2015.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus group. **International Journal of Qualitative in Health Care**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.

TIBURRI, R. O sujeito sociológico pelas ruas de Brasília. **Pós**, São Paulo, v. 20 n. 34, p. 126-139, 2013.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TSOUROS, A. D. et al. (Eds.). **Health promoting universities: concept, experience and framework for action**. New York: World Health Organization, 1998.

UN – UNITED NATIONS. **Global Sustainable Development report 2016**. New York: Department of Economic and Social Affairs, 2016.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Guia do calouro 1º 2016**. Brasília: Editora UnB, 2016a.

_____. **Faculdade de Medicina 40 anos**. Disponível em: www.fm.unb.br/images/Livro_40_anos_Faculdade_de_Medicina_UnB.pdf. Acesso em: 23 jul. 2016b.

_____. **Novo Anuário Estatístico da UnB: 2015 (2010-2014)**. Brasília: Decanato de Planejamento e Orçamento. 2015.

VANDENBERGUE, F.; VÉRAN, J.-F. **Além do habitus: teoria social pós-bourdieuiana**. Rio de Janeiro: Letras, 2016.

VARGAS, L. M. et al. Estilo de vida e fatores associados em estudantes universitários de educação física. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 13, n. 44, p. 17-26, 2015.

VENY, M. B. **Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios**. 2012. 362 f. Tesis (Doutorado en Ciências Biosociosanitarias) – Universitat de les Illes Balears, Illes Balears, 2012.

XIANGYANG, T. et al. Beijing health promoting universities: practice and evaluation. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 18, n. 2, p. 107-113, 2003.

WACQUANT, L. J. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 19, p. 95-110, 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for health promotion: first International Conference on Health Promotion**. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: <<https://bit.ly/1uBBtiy>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

_____. **Glossary of terms for community health care and services for older persons: WHO Centre for Health Development: ageing and health technical report**. Geneva: WHO, 2004. v. 5. Disponível em: <<https://goo.gl/vLUmxu>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. **The Edmonton Charter for health promoting universities and institutions of higher education**. Alberta: WHO, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2CC6DoK>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

_____. **Working for health: an introduction to the World Health Organization**. Geneva: WHO, 2007.

_____. **Okanagan Charter: an International Charter for Health Promoting Universities and Colleges**. Kelowna, 2015a. Disponível em: <<https://bit.ly/1qUeT8v>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

_____. **Noncommunicable diseases progress monitor: 2015**. Geneva: WHO, 2015b. Disponível em: <<https://goo.gl/CMGwnc>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. **Young people's health – a challenge for society: report of a WHO study group on young people and "Health for all by the year 2000"**. Geneva: WHO, 1986.

_____. **Statements from global conferences**. Geneva, WHO, 2009.

WILSON, D. M. C.; NIELSEN, E.; CILISKA, D. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Canadian Family Physician**, Don Mills, n. 30, p. 1863-1866, 1984.

YE, Y. et al. Associations between multiple health risk behaviors and mental health among students. **Psychology, Health & Medicine**, Abingdon, v. 26, n. 3, p. 377-385, 2016.

APÊNDICE A – Resumo expandido

**XX CONBRACE
VII CONICE**

17 A 21 DE SETEMBRO DE 2017 | GOIÂNIA-GO



DEMOCRACIA E EMANCIPAÇÃO

Desafios para a Educação Física e Ciências do Esporte na América Latina

PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UNIVERSIDADE: O QUE ESTUDOS REVELAM?¹

Francilene Batista Madeira²
Júlia Aparecida Devidé Nogueira³

RESUMO

Esta revisão de literatura sistematizou estudos sobre o estilo de vida (EV) de universitários dos cursos de saúde no Brasil e discutiu seus resultados no contexto de Universidades Promotoras de Saúde (UPS). Poucos estudos foram encontrados, indicando EV não saudáveis. Não discutem, no entanto, o papel formador da Universidade e sua influência na construção desses comportamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Estilo de vida; Universitários; Ciências da saúde.

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre estilo de vida (EV) de universitários dos cursos de saúde apontam que seus hábitos não diferem da população em geral (REYNAGA-ORNELAS et al., 2015; BARBOSA et al, 2015), indicando que as Universidades não vem agregando valores relativos ao autocuidado em saúde (HADDAD et al, 2010). Como futuros profissionais, os estudantes de saúde irão desempenhar papéis importantes no cenário político, social e científico da saúde e novos olhares precisam ser direcionados para suas vivências (HADDAD et al, 2010).

Embora a maioria dos estudos sobre essa temática sejam descritivos e quantitativos, é importante destacar que o EV é uma categoria imbricada de ideologias, sendo relevante considerar os efeitos que o contexto social e as condições de vida podem exercer sobre o comportamento das pessoas (PALMA; ABREU; CUNHA, 2007). Nesse sentido, criar ambientes facilitadores de escolhas saudáveis é uma prerrogativa da Promoção da Saúde (PS) e uma prioridade de Universidades Promotoras de Saúde (UPS); um movimento que defende a missão da Universidade para além da formação acadêmica e profissional, favorecendo a construção de uma cultura saudável mediante vivências de experimentação e exploração (TSOUROS,1998; MELO, MOYSÉS, MOYSÉS, 2010).

A presente revisão visa sistematizar estudos que abordam o EV de universitários dos cursos da saúde e discutir seus resultados a partir do referencial teórico das UPS.

¹ EV, Estilo de Vida; AF, Atividade Física.

² Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Universidade de Brasília (UnB). francilenebmadeira@gmail.com

³ Universidade de Brasília (UnB). julianogueira@unb.br

2 METODOLOGIA

A revisão de literatura sobre o EV de universitários de cursos da saúde no Brasil se deu a partir de artigos científicos publicados entre 2010 a 2016. A busca dos artigos foi feita nas bases de dados PubMed, Medline, Lilacs BVS, Scielo e Google Scholar com os descritores: “estilo de vida; ciências da saúde; estudantes; e/ou universitários” em português e inglês. As referências bibliográficas dos estudos encontrados foram pesquisadas para localizar mais artigos sobre o tema.

De 98 estudos, onze foram selecionados por atender aos critérios de inclusão: ser artigo científico disponível na íntegra online; ter amostra de universitários de cursos da saúde conforme Resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1998)⁴; e pesquisar o EV como uma variável de constructo, contemplando mais de um indicador. Foram excluídos estudos que abordavam apenas uma dimensão do EV (e.g.: Atividade Física associada a doenças cardiovasculares); e aqueles que incluíram amostras de outros cursos mas não apresentaram os resultados estratificados para a área da saúde.

As características amostrais e metodológicas dos estudos (Quadro 1); e seus principais objetivos e resultados (Quadro 2) foram tabulados em ordem crescente do ano de publicação e, a seguir, em ordem alfabética.

3 RESULTADOS

Os onze estudos foram descritivos, com abordagem quantitativa e delineamento transversal. A maioria (54,5%) utilizou o questionário “Estilo de vida fantástico”, um instrumento validado no Brasil (RODRIGO ANEZ; PIRES; PETROSKI, 2008). Quanto aos participantes, a maioria (81,8%) teve amostra de ambos os sexos; 36,4% foram exclusivamente com estudantes de Educação Física, 27,3% com estudantes de Medicina e Enfermagem e o restante com outros cursos da saúde. Apenas um estudo foi realizado em universidade particular; um na região centro-oeste e um na região norte.

4 Relaciona as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais.

Nº	Autor, ano	Tipo de IES; Local; Região	Amostra (N) total e por sexo	Cursos	Instrumentos
01	Paixão, Dias, Prado, 2010	Pública Recife Nordeste	253 M=51 F=102	Educação Física, Ciências Biológicas, Enfermagem, Medicina, Odontologia	QSB, atividade física e hábito alimentar
02	Alves, 2011	Particular Maringá Sul	192 M=39 F=153	Enfermagem	Q autoaplicável (n.e.)
03	Almeida et al., 2011	Pública Pouso Alegre Sudeste	425 M=271 F=154	Biológicas, Humanas, Exatas	Q autoaplicável (n.e.)
04	Leite, Santos, 2011	Pública São Caetano do Sul Sudeste	244 M=66 F=178	Escola de Saúde (n.e.)	QEVF
05	Rechenchosky, et al., 2012	Pública Goiânia Centro-Oeste	81 (n.e.)	Educação Física	QSB
06	Silva et al., 2012	Pública Sergipe Nordeste	217 M=119 F= 98	-Bacharelado e Licenciatura em Educação Física	QEVF
07	Souza et al., 2012	Pública Botucatu Sudeste	F=112	Nutrição, Enfermagem, Biologia, Biomedicina	Entrevista, Inquérito nutricional, Antropometria
08	Silva, 2012	Pública Sergipe Nordeste	217 M=119 F=98	Bacharelado e Licenciatura em Educação Física	- QEVF
09	Barbosa et al., 2015	Pública Vitória Sul	482 M=208 F=274	-Medicina	- QEVF - Q estresse e risco cardiovascular
10	Vargas et al., 2015	Pública Ponta Grossa Sul	189 M=96 F=93	-Licenciatura em Educação Física (EAD)	- QEVF
11	De Sousa, Borges, 2016	Pública Amazonas Norte	51 M=7 F=34	-Enfermagem	- QEVF - IPAQ

Quadro 1 - Características amostrais e metodológicas dos artigos
M; Masculino; F, Feminino; N.E., Não Especificado; EAD, Educação à Distância; QSB, Questionário Saúde na Boa; QEVF, Questionário Estilo de Vida Fantástico; IPAQ, Questionário Internacional de Atividade Física.

No geral, os estudos buscavam descrever o EV global e algumas associações com fatores específicos (hábitos alimentares, pressão arterial, atividade física, consumo de cigarro, período do curso).

Nº	Objetivos	Principais
01	Avaliar AF, hábitos alimentares e estado nutricional	Alunos de Educação Física foram mais ativos (51,6%) e de Medicina (8,8%) menos ativos; -Homens foram mais ativos que Mulheres; -71,5% apresentaram adequação no consumo de frutas e verduras, sem diferenças entre cursos; -41% relataram consumo de doces e 24% de refrigerantes, principalmente mulheres.
02	Analisar AF, hábitos alimentares, padrão de sono/repouso, e uso de tabaco e álcool	54,2% não praticava AF; 42,8% relatou padrão alimentar inadequado; 57,8% dormiam menos de sete horas/dia; 9,9% eram fumantes; 27,1% consumiam álcool.
03	Avaliar o perfil social, EV, tabagismo e álcool	Associação entre tabagismo (7,8%) e consumo de álcool (51,7%); 52,1% não praticam AF
04	Avaliar o EV e sua relação com níveis pressóricos	92% tem EV muito bom; Diferenças significativas entre sexos para AF, nutrição e introspecção; Não houve correlação entre EV e pressão arterial.
05	Descrever e comparar o EV de calouros e formandos	21% com EV positivo, 77,8% com EV regular e 1,2% com EV negativo; V regular na nutrição (58,0%), comportamento preventivo (48,1%), e controle do stress (42,0%); V positivo na AF (54,3%) e relacionamento social (66,7%).
06	Analisar o EV e fatores associados	96,7% apresentou EV adequado; 57,4% apresentou AF inadequada; 41,9% teve alimentação inadequada; 50,7% sentiam-se frequentemente com raiva e hostis; Excesso no consumo de álcool.
07	Avaliar o consumo alimentar e EV	83% eram eutróficos; 31,2% sedentários; 2,7% fumam e 1,8% consomem álcool. Mulheres que praticam AF tem menor % de gordura.
08	Determinar indicadores do EV associados à autoavaliação de saúde	20% avaliam sua saúde como negativa; saúde negativa associada à alimentação inadequada (29,7%); problemas no sono, uso de cinto de segurança, estresse e sexo inseguro (55,6%); comportamento diário inadequado (26,4%) e introspecção (37,5%).
09	Avaliar o EV, estresse e fatores de risco cardiovascular	EV bom e muito bom, sem diferença por sexo; 9,2% no meio do curso apresentam EV inadequado; AF apresentou menor pontuação dos domínios; 34,9% de estresse nos alunos de 5º ao 8º período e 30,7% nos do 9º ao 12º período.
10	Classificação do EV e a relação com os domínios	4,2% apresentou EV inadequado; 50,8% não atenderam recomendações de AF; 27,5% tem alimentação inadequada; 29,1% se sentem frequentemente com raiva e hostis ou apresentam problemas de introspecção; EV inadequado associado a aspectos afetivos (família), psicológico ou emocional (estresse/satisfação) e trabalho.
11	Verificar a associação entre EV, nível de AF e desempenho acadêmico	7,8% apresentou EV inadequado; 74,5% foram considerados ativos fisicamente; Não houve diferença entre EV e nível de AF; Não houve diferenças entre calouros e formandos.

Quadro 2. Principais objetivos e resultados dos artigos

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos seis anos houve poucas publicações sobre o EV de universitários dos cursos de saúde, com hegemonia do olhar que associa comportamentos individuais aos riscos de adoecimento. Diversos aspectos do EV não foram promotores da saúde, com especial destaque para o domínio da atividade física, que não é incorporado pela maioria dos estudantes.

A despeito de reconhecerem o papel relevante dos futuros profissionais de saúde na disseminação de comportamentos saudáveis, nenhum estudo apresenta abordagens inovadoras que contribuam com a discussão sobre ambientes, práticas e políticas universitárias promotoras de saúde. Embora os estudos reconheçam a influência das condições de vida sobre EV e saúde, poucos abordaram os contextos sociais que podem influenciar o EV dos estudantes.

O marco teórico da UPS ajuda a refletir sobre o papel da Universidade enquanto ambiente de apoio aos universitários para que esses sejam beneficiários e promotores de EV saudáveis.

THE HEALTH PROMOTION AT UNIVERSITY: WHAT THE STUDIES REVEAL?

ABSTRACT: *This literature review systematized studies about the lifestyle of university students of health courses in Brazil and discussed their results in the context of Health Promoting Universities. Few studies were found and indicated unhealthy life styles. However, don't discuss the formative role of Universities and its influence on the construction of these behaviors.*

KEYWORDS: *Lifestyle; Students, Health Sciences.*

PROMOCIÓN DE SALUD EN LA UNIVERSIDAD: LO QUE REVELAN LOS ESTUDIOS?

RESUMEN: *Esta revisión de literatura sistematizó estudios sobre el estilo de vida (EV) de universitarios de los cursos de salud en Brasil y discutió sus resultados en el contexto de Universidad Promotora de la Salud. Pocos estudios se han encontrado, indicando EV poco saludables. No discuten sin embargo, el papel formativo de la Universidad y su influencia en la construcción de estos comportamientos.*

PALABRAS CLAVES: *Estilo de vida; Universidad; Ciencias de la Salud.*

REFERÊNCIAS

ALVES, Everton Fernando. Estilo de vida de estudantes de graduação em enfermagem de uma Instituição do sul do Brasil. **CPAQV**. v. 13, n.1,p.1-14, 2011.

BARBOSA, R. R. Martins et al. Estudo sobre estilos de vida e níveis de estresse em estudantes de Medicina. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**. v.28(4):313-319, 2015.

HADDAD, Ana Estela et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

DE SOUZA, Luciana Bronzi et al. Inadequação de consumo alimentar, antropometria e estilo de vida de universitárias da área de saúde. **Journal Health Science Institute**. 2012. v.30.n.4, p.377-81, 2012.

DE SOUSA, Keroléen Jamile Queiroz; BORGES, Grasiely Faccin. Estilo de vida, atividade física e coeficiente acadêmico de universitários do interior do Amazonas-brasil. **Rev. bras. ativ. fís. Saúde**,v. 20, n. 4, p. 277-284, 2016.

LEITE, AURELIANO, Thatiane Romani; MARTINS DOS SANTOS, Brigitte Rieckmann. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 9, n. 27, 2011.

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

DA PAIXÃO, Leticia Antunes; DIAS, Raphael Mendes Ritti; DO PRADO, Wagner Luiz. Estilo de vida e estado nutricional de universitários Ingressantes em cursos da área de saúde do Recife/PE. **Rev. bras. ativ. fís. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 145-150, 2012.

PALMA, Alexandre; ABREU, Raquel Azeredo; CUNHA, Cristina de Almeida. Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física. **Rev. Bras. de Epidemiol.** v. 10, n. 1, p. 117-126, 2007.

REYNAGA-ORNELAS, Ma et al. Percepción de comportamientos de riesgo en estudiantes universitarios del área de la salud. **Acta Universitaria**, v. 25, 2015.

RECHENCHOSKY, Leandro et al. Estilo de vida de universitários calouros e formandos de educação física de uma universidade pública do centro-oeste brasileiro. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 11, n. 5, p. 47-54, 2012.

RODRIGUES ANEZ, Ciro, R. REIS, S. PETROSKI, E.L. Versão brasileira do questionário

"estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Card.**, São Paulo, v.91, n.2, p.102-109, 2008.

SILVA, D. A. Santos et al. Estilo de vida de acadêmicos de educação física de uma Universidade Pública do Estado de Sergipe, Brasil. **Rev Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 34, n. 1, 2012.

SILVA, Diego Augusto Santos. Indicadores do estilo de vida e autoavaliação negativa de saúde em universitários de uma instituição pública do nordeste do Brasil. **Rev. bras. ativ. fis. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 263-269, 2013.

TSOUROS, A et al. **Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action**, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

VARGAS, Leandro Martinez et al. Estilo de vida e fatores associados em estudantes universitários de educação física. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 13, n. 44, p. 17-26, 2015

* Bolsa de Doutorado financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí /FAPEPI

APENDICE B - Artigo publicado

Estilos de vida, *habitus* e promoção da saúde: algumas aproximações¹

Lifestyle, *habitus*, and health promotion: some approaches

Francilene Batista Madeira

Universidade Estadual do Piauí. Centro de Ciências da Saúde.
Teresina, PI, Brasil.
E-mail: francilenebm@yahoo.com.br

Dulce Almeida Filgueira

Universidade de Brasília. Faculdade de Educação Física.
Brasília, DF, Brasil.
E-mail: dulce.filgueira@gmail.com

Maria Lúcia Magalhães Bosi

Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva. Fortaleza, Brasil.
E-mail: malubosi@gmail.com

Júlia Aparecida Devidé Nogueira

Universidade de Brasília. Faculdade de Educação Física.
Brasília, DF, Brasil.
E-mail: julianogueira@yahoo.com

Resumo

Estilos de vida (EV) saudáveis são interpretados hegemonicamente como um conjunto de comportamentos individuais capazes de favorecer a saúde, entendida como fenômeno eminentemente biológico. O referencial teórico da Promoção da Saúde (PS), contudo, acrescenta o conceito da determinação social às discussões acerca das relações entre EV e saúde. Visando a favorecer a superação do modelo de culpabilidade individual centrada na abordagem de risco epidemiológico nas discussões sobre EV, recuperamos, na obra do sociólogo Pierre Bourdieu, o conceito de *habitus*. O propósito deste artigo é exercitar uma síntese das abordagens que, historicamente, permearam os discursos sobre EV e PS, introduzindo o conceito de *habitus* como mediador, o qual possibilita uma reflexão sobre o tema a partir das condições sociais existentes e das ações individuais historicamente construídas. A relevância dessa reflexão reside no fortalecimento conceitual do ideário da PS, e no favorecimento de ações integrais, inclusivas, participativas e de empoderamento social, como contraponto a ações prescritivas focadas na prevenção ou controle de doenças, ainda marcantes nas práxis em saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Ciências Humanas e Sociais em Saúde; Risco; Políticas de Saúde; Teoria Crítica; Saúde Coletiva.

Correspondência

Francilene Batista Madeira
Universidade Estadual do Piauí, Coordenação de Educação Física.
Rua João Cabral, 2.231, Pirajá, Teresina, PI, Brasil. CEP 64002-150.

¹ Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (Fapepi).



Abstract

Healthy lifestyles (LS) are hegemonically interpreted as a set of individual behaviors capable of promoting health, which is understood as an eminently biological phenomenon. The theoretical framework of Health Promotion (HP), however, adds the concept of social determination to the discussions on the relationships between LS and health. Aiming to overcome the model of individual culpability focused on the epidemiological risk approach in the discussions on LS, we retrieved the concept of *habitus* from the work of sociologist Pierre Bourdieu. This article aims to summarize several approaches that historically permeated the discourses about LS and HP, introducing the concept of *habitus* as a mediator, which allows for a reflection on the topic from the existing social conditions and the historically constructed individual actions. This reflection is important because it conceptually strengthens HP ideas and promotes comprehensive, inclusive, participatory, and social empowerment actions, as opposed to prescriptive actions focused on disease prevention or control, which still prevail in the health praxis.

Keywords: Health Promotion; Social Sciences; Risk; Health Policy; Social Theory; Public Health.

Introdução

Produções científicas centradas na epidemiologia dos comportamentos de risco associados a doenças crônicas não transmissíveis (Morris et al., 1953; WHO, 2015), como inatividade física, dietas inadequadas, tabagismo e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, colocaram o Estilo de Vida (EV) como tema prioritário nas agendas políticas contemporâneas, em especial no âmbito da saúde pública (Brasil, 2006; 2015; UN, 2016; WHO, 2015).

Tradicionalmente, a fundamentação teórica que apoia essas publicações concebe EV como um conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa e, portanto, modificáveis individualmente, consoante as escolhas de cada sujeito. Essa forma de tratamento, ainda vigente, acompanha a abordagem do risco e da normatização dos comportamentos considerados “saúdáveis”, ao favorecer uma regulação social que, no nível das práticas cotidianas, responsabiliza sujeitos e populações por seus problemas de saúde (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010; Ferreira; Castiel; Cardoso, 2017), desconsiderando a dimensão subjetiva e o contexto sócio-histórico em que tais práticas se inscrevem.

Críticas a essa abordagem de EV decorrem, portanto, por não adotarem olhar complexo sobre o tema, de modo a permitir considerar aspectos sociais, como o modelo econômico e a cultura, incidentes na construção coletiva das práticas. Não obstante, muitas publicações reconhecem expressamente os efeitos que o contexto social pode exercer sobre o comportamento humano (Cockerham, 2014; Ferreira; Castiel; Cardoso, 2017; Menéndez, 1998). Contudo, grosso modo, não se considera EV como constructo derivado de processos dialógicos e históricos, excluindo-se das análises os modos de subjetivação dos quais derivam os diversos EV, assim como os processos de globalização e homogeneização de comportamentos, cada vez mais presentes na hipermodernidade (Cockerham, 2014).

Com vistas a superar tais limitações, o referencial teórico da Promoção da Saúde (PS) nos apresenta o conceito de determinação social, que agrega outros níveis ao modelo centrado no sujeito biológico para pensar a relação entre EV e saúde (Czeresnia, 2009; WHO, 1986). Evidencia fatores econômicos, políticos, ambientais e culturais como determinantes ou condicionantes dos processos de adoecimento e destaca o poder de coletividades “empoderadas” na construção de EV saudáveis (Czeresnia, 2009; Marcondes, 2004). Apesar de esse modelo nos ajudar a superar o discurso da culpabilidade individual centrada na abordagem de risco epidemiológico, e de destacar o papel social do indivíduo na construção de sua realidade cotidiana, ainda dá pouco destaque à subjetividade nas discussões sobre EV.

É nessa perspectiva que nos aproximamos do conceito de *habitus*, de Pierre Bourdieu (2011), cujo extenso trabalho tem sido reconhecido como contribuição altamente relevante para estudar as expressões socialmente incorporadas de práticas individuais (Assumpção; Golin, 2016; Cockerham, 2005; Montagner, 2006; Setton, 2002). Ancorado em reflexões teóricas da relação conflituosa entre estrutura e agência, e entre estruturas sociais externas e experiências subjetivas, seus estudos nos ajudam a desnaturalizar conceitos e compreender o EV como produto do *habitus*, colaborando para identificar e questionar as ideologias imbricadas nos modos de viver das pessoas (Bourdieu, 2011).

Tais considerações apresentam implicações nas concepções de saúde que orientam, não somente produções intelectuais, mas formações e práticas em saúde (Czeresnia, 2012). Sendo a atividade física e a alimentação fenômenos a que se emprestam normatizações “saudáveis” e objetos das práxis de diversas profissões da área de saúde, torna-se relevante construir tais aproximações de modo a enfatizar as subjetividades e transformações das condições de vida como centrais nos processos de PS, a fim de favorecer a superação dos discursos normativos e culpabilizantes de mudanças de hábitos, considerados de forma reduzida e redutora (Bagrichevsky; Estevão, 2012; Ferreira; Castiel; Cardoso, 2017).

Histórico no campo teórico: as concepções de estilo de vida e promoção da saúde

O termo EV e seus principais desenvolvimentos derivam do campo das ciências humanas e sociais, tais como Sociologia e Antropologia, a partir de referenciais como o marxismo, a sociologia compreensiva de Weber, a psicanálise e o culturalismo antropológico americano. Para essas ciências, os EV são padrões grupais, sobre os quais a estrutura social exerce influência significativa na produção dos comportamentos (Cockerham; Rütten; Abel, 1997; Menéndez, 1998; Montoya; Salazar, 2010).

Não obstante, no campo da saúde, EV é majoritariamente objeto de estudo da epidemiologia, numa perspectiva restrita e fragmentadora, na medida em que reduz o complexo a variáveis, com vistas a identificar comportamentos de risco e de proteção à saúde e de suas associações com doenças crônicas (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010; Menéndez, 1998). A hegemonia desse enfoque favorece compreensões deterministas, fundadas em relações de causa e efeito, nas quais riscos de adoecer são associados preponderantemente às escolhas individuais, oferecendo fundamentos a discursos centrados na culpabilidade individual (Castiel; Guilam; Ferreira, 2010; Menéndez, 1998).

Ao omitir os determinantes sociais de seu modelo de análise, portanto, abstraindo a dimensão político-econômica, essa construção teórica funciona como instrumento ideológico que arrefece reivindicações de saúde como direito social, fortalecendo a noção de saúde privada e da privatização dos serviços em saúde. Em adição, se distancia das interpretações originais do conceito de EV formulado pelas ciências sociais (Breilh, 2006; Cockerham; Rütten; Abel, 1997; Menéndez, 1998).

Uma parcela do campo da saúde liderada pelas ciências sociais e humanas aponta o referencial da PS como movimento que buscou discutir o EV, desde seus documentos iniciais – como o relatório Lalonde (1974) e sua visão da responsabilização do sujeito pela prevenção de doenças – até a superação desse enfoque com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), documento síntese da I Conferência

Internacional sobre PS, considerada um marco em sua perspectiva mais contemporânea, ao suplantando a visão preventivista e individualista de PS (Czeresnia, 2009; Marcondes, 2004; WHO, 1986).

Desse modo, a PS avança teoricamente priorizando a saúde, a construção de políticas públicas e de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis. Dá destaque ao fortalecimento da ação comunitária, à reorganização dos serviços de saúde com foco na atenção primária, e ao desenvolvimento de habilidades pessoais. Passa a discutir e incorporar valores relacionados à cultura de paz, equidade e justiça (Czeresnia, 2009; WHO, 1986).

Tentando acompanhar a evolução conceitual da PS, EV passa a ser definido pela Organização Mundial de Saúde como o "conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício" (WHO, 2004).

No Brasil, mudanças paradigmáticas em saúde foram fundamentais para a consolidação da reforma sanitária. A política de saúde definida na Constituição de 1988 e regulamentada na Lei Orgânica da Saúde de 1990 avançou na ampliação da noção de saúde considerando como seus determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros (Brasil, 1988; 1990). O Sistema Único de Saúde legitima essa concepção ampliada ao centrar o modelo de atenção à saúde na sua promoção, em nível comunitário e primário, buscando deslocar a centralidade dos processos de saúde do médico para o cidadão, e dos tratamentos às doenças para a reformulação de ambientes em favorecedores da saúde (Brasil, 1990).

Com grande impulso a partir dos anos 2000, a PS no Brasil se fortalece com a publicação da Política Nacional de PS, em 2006. Nesse momento, a política faz introdução conceitual sobre PS em sua perspectiva mais contemporânea e destaca sete ações prioritárias: alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por

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 (Brasil, 2006). Mais uma vez, de forma ambígua, comportamentos saudáveis são indicados como aspectos de PS, sem que fiquem claras suas relações com aspectos macroestruturais da sociedade (Rocha et al., 2014). Visando a sobrepujar essa ambiguidade, a recente revisão da Política Nacional de PS publicada em 2014 retoma a discussão dos princípios, valores e diretrizes que devem subsidiar as ações em PS, entendidas como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, e tendo o princípio da equidade como base da distribuição de oportunidades, considerando especificidades individuais e coletivas (Brasil, 2015; Rocha et al., 2014).

Não obstante as limitações de qualquer representação esquemática, um modelo visual interessante das inter-relações entre fatores individuais e macrodeterminantes foi proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), no qual escolhas, comportamentos e EV estão situados na camada intermediária entre determinantes socioeconômicos, culturais, ambientais e políticos, e aspectos individuais, como idade, sexo e genética (Figura 1). De acordo com o modelo, comportamentos são opções feitas por indivíduos, mas podem ser condicionados por acesso a informações e serviços, pressão dos pares e padrões culturais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Desse modo, pensar sobre escolhas e EV nos conduz a um território complexo que ainda demanda análises e, sobretudo, investimentos conceituais.

Na perspectiva de enriquecer a reflexão sobre EV e PS, e buscando dialogar com e pôr em diálogo as duas abordagens vigentes - uma que responsabiliza o indivíduo pela adoção de comportamentos não saudáveis e outra que destaca a interação das pessoas com o contexto na definição dos comportamentos, hábitos e EV (Cockerham, 2005; Gómez, 2013) - apresentamos a seguir fundamentos que nos ajudam a fortalecer a visão de que, para além da materialização de uma narrativa especial de auto-identidade, o EV é construído social e coletivamente (Cockerham, 2005).

Figura 1 – Os determinantes sociais da saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: adaptada de Buss e Pellegrini Filho, 2007

Habitus: uma abordagem complexa para a compreensão do estilo de vida

Habitus é um conceito central no pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu (1930-2002) em seus estudos da relação indivíduo-sociedade, nos quais exerce forte poder explicativo e analítico. Cabe reconhecer a origem aristotélica de *hexis* e o longo percurso no pensamento ocidental, relacionado ao caráter moral que orienta os sentimentos, desejos e condutas, e a contribuição de autores clássicos da sociologia, como Durkheim, Marx e Weber para sua abordagem (Wacquant, 2007). Consoante Wacquant (2007), apenas no século XVIII o termo *habitus* foi traduzido para o latim por São Tomás de Aquino, e incorporado na *Summa Theologiae*, assumindo sentido de disposição durável e suspensa.

Segundo Bourdieu (2009, p. 87), o *habitus* pode ser entendido como

sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar

como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e o domínio expreso das operações necessárias para alcançá-los.

O *habitus* deriva de condições de existência particulares. Assim, é, a um só tempo, individual e coletivo, significando que pode gerar e unificar práticas coletivas com características peculiares, resultando na aproximação aqui focalizada, em um EV único. Assim, EV pode ser compreendido como produto do *habitus* historicamente construído mediante as experiências que são modeladas e incorporadas "inconscientemente", a partir das relações sociais que integram as condições de vida e a posição dos agentes (Wacquant, 2002). Noutras palavras, *habitus* é produtor de ações, ao tempo em que ele próprio é introjetado. Atualizando-se nas práticas e nas representações, ou seja, nos planos objetivo e subjetivo.

Ao analisar a trajetória intelectual de Bourdieu, percebemos centralidade na teoria da prática e foco na análise dos mecanismos de dominação da produção de ideias e da gênese das condutas. Na perspectiva do conhecimento que Bourdieu nomeia como praxiológico, o “objeto não é somente o plano das relações objetivas [...] mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las” (Ortiz, 1983, p. 40). Sua obra apresenta os conceitos de campo, *habitus* e capital, como conceitos-chave para a mediação entre agente social e sociedade (Bourdieu, 2011). Para os fins deste artigo, nos aproximamos dos contributos de Bourdieu, particularmente do conceito de *habitus*, para favorecer a compreensão da “determinação social dos EV”, em sintonia com a determinação social da saúde, ideário tão caro à PS.

A concepção de *habitus*, dado seu caráter dialético, converge a perspectiva pessoal do “livre-agir”, bastante disseminada e aceita na contemporaneidade, com a percepção da influência do contexto nas decisões e na reprodução dos comportamentos, considerando que a vontade do “livre-agir” mantém relações com os ambientes, também chamados de “estruturas estruturantes”, que podem ser favoráveis ou desfavoráveis a determinadas escolhas e mudanças de comportamento (Bourdieu, 2011), o que relativiza esses atos quanto à autonomia que desfrutam. Em acréscimo, é uma premissa que deve fundamentar o desenho de ações em saúde, não raro, descontextualizadas culturalmente na diversidade dos territórios e nas quais se observa a exclusão dos sujeitos, ou melhor, da intersubjetividade que não pode estar ausente nas políticas de saúde (Caliman; Tavares, 2013; Castiel; Sanz-Valero; Vasconcellos-Silva, 2011).

Também é importante considerar que a proximidade entre determinados grupos sociais corrobora para que tenham necessidades objetivas operadas pelo mesmo *habitus*, podendo apresentar semelhanças nos discursos e nos comportamentos, o que resulta em EV distintos e distintivos entre grupos ou populações (Bourdieu, 2011). O conceito de *habitus* auxilia a compreensão do sentido de homogeneidade de alguns comportamentos e percepções de saúde de grupos que tenham compartilhado histórias de

vida, mas Setton (2002) destaca a compreensão das complexidades e elementos cambiantes nas vivências em saúde que integram o EV dos agentes sociais indicando que *habitus* é um sistema em construção e mutação.

Assim, para compreender o *habitus* é necessário analisar a trajetória de socialização e subjetivação dos indivíduos ao longo da vida, e compreender práticas sociais a partir da integração histórica entre passado e presente. Ele se vincula a um processo socializador de longa duração, iniciado no que se denomina “socialização primária”, tendo a dimensão inconsciente, no sentido de adesão subliminar e isenta de reflexividade, como um de seus pilares (Setton, 2002). Em adição, é fundamental a clareza de que outros conceitos como o capital e sua desigualdade de distribuição, e o campo e o espaço social motivam práticas sociais, como bem explicitou Bourdieu (2011) em sua “teoria da prática”, assim como a tradição crítica. O espaço social é “essa realidade invisível, que não podemos mostrar nem tocar e que organiza as práticas e as representações dos agentes” (Bourdieu, 2011, p. 24).

Montagner (2006) frisa o caráter inovador do conceito, que possibilita a mediação teórica entre as estruturas e o contexto histórico em que estão inseridos os agentes sociais, e apresenta que o *habitus* funciona no limite de três lógicas distintas: a da retenção, que diz respeito à *hexis* corporal, o capital físico acumulado ao longo do tempo e que singulariza formas corporais e posturas que marcam o conjunto da trajetória do indivíduo ou de grupos de indivíduos; a de mediação, que se revela na visão de mundo que cada indivíduo forma a partir de sua vivência cotidiana; e a de classificação, na qual indivíduos projetam suas singularidades marcadas pela trajetória social, por sua vez construída em espaços sociais permeados por relações desiguais entre indivíduos que possuem diferentes capitais sociais. O conceito de campo, transversal à obra de Bourdieu, cuja análise não será aqui aprofundada, esclarece a acumulação de diferentes modalidades de capital.

A partir dessas concepções, alguns autores avançam na discussão das relações entre EV e *habitus*. Para fins de ilustração, citamos William Cockerham (2005) que combina a noção de *habitus*

com a teoria clássica de Max Weber para analisar o fenômeno do EV a partir do pressuposto da relação dialética entre escolhas e oportunidades de vida. Para o autor, EV é formado por padrões coletivos de comportamento relacionados à saúde com base em escolhas de opções disponíveis para pessoas de acordo com suas chances de vida. Os humanos têm a capacidade de escolher seu EV, mas suas escolhas são limitadas por suas condições de vida. Breilh (2006, p. 46) vai além e afirma que “essa relação dinâmica entre modo de vida, EV e *habitus*, enraíza-se em uma poderosa influência dos gostos e opções de vida cotidiana, os quais, sempre dentro da margem das possibilidades e realidades factíveis do modo de vida, contribuem para determinar os estados orgânicos e as condições geno-fenotípicas”.

Considerações sobre *habitus*, estilo de vida e promoção da saúde atualmente

Já se passaram trinta anos desde que a Carta de Ottawa (WHO, 1986) adotou definição avançada de PS, considerando a perspectiva ampliada do processo saúde-doença-cuidado para além do enfoque preventivo e da “culpabilidade” individual. Diversas políticas públicas e programas reconhecem e preveem a criação de ambientes favoráveis à saúde, que atendam às necessidades de saúde através de medidas intersetoriais, do empoderamento comunitário e do desenvolvimento de habilidades pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida.

No entanto, a hegemonia de um modelo cartesiano e biomédico no setor saúde e os interesses a que se vincula segue dificultando a tradução dessa teoria, gerando documentos ambíguos e por vezes contraditórias com efeitos não apenas no plano teórico, mas na materialidade do sistema de saúde brasileiro, impedindo ou atrasando a transição das práticas em saúde para modelos mais integrais e participativos (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Czeresnia, 2012). A fragmentação dos comportamentos e sua classificação como “fatores de risco” podem estimular mudanças nos comportamentos individuais, mas limita a compreensão em termos de EV. Análises e intervenções, por exemplo, sobre comportamentos

de sedentários e obesos não devem ser reduzidas ao risco em si; devem considerar também as condições em que os sujeitos (re)produzem suas vidas (Castiel; Sanz-Valero; Vasconcellos-Silva, 2011; Menéndez, 1998) e as modulações subjetivas atinentes ao corpo e à alimentação.

Ao menos parte do problema reside na produção do conhecimento e na formação profissional em saúde, quando baseada na visão causal unilinear e numa compreensão da relação entre EV e PS que desconsidera a determinação social desses fenômenos (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Chiesa et al., 2007; Haddad et al., 2010). Não se trata de negar o “livre-agir” que compõe o EV, mas de problematizá-lo, colocá-lo em perspectiva ante discursos que se constroem a partir de leituras simplificadoras.

Na contemporaneidade não faz sentido admitir análises que defendem a autonomia dos indivíduos sobre seus comportamentos de forma desconectada da realidade socioeconômica, em que mudanças de hábitos seriam, antes de tudo, fruto de decisões de foro íntimo e de “força de vontade”, não raro, desdobrando-se em atitudes geradoras de estigma no cotidiano da produção do cuidado (Caliman; Tavares, 2013; Castiel; Guilam; Ferreira, 2010). É preciso reconhecer que o EV atual é afetado por várias transformações sociais, desde a multiculturalização do conteúdo ofertado até o consumo de massa, ambos estimulados pela globalização e pelas novas tecnologias (Bauman, 2003; Cockerham, 2014).

Produções científicas hegemônicas na saúde ajudam a construir narrativas que culpabilizam indivíduos e privatizam soluções para problemas advindos de EV não saudáveis (Castiel; Sanz-Valero; Vasconcellos-Silva, 2011). Nesse cenário, as estratégias de educação em saúde e PS têm eficácia limitada, uma vez que a saúde e o EV da população, e a própria formação profissional em saúde, ficam sujeitas à mercantilização (Gómez, 2013). Isso traz à tona a relevância das discussões conceituais sobre “ser saudável”; do papel da ciência na produção desses conhecimentos; e da submissão da ciência e da política às leis do mercado (Cockerham, 2005; Caliman; Tavares, 2013).

A abordagem do risco individual favorece pessoas de classes socioeconômicas mais privilegiadas, com melhor nível educacional e fácil acesso aos

bens de consumo. Por isso, é imperativo utilizar um paradigma mais integral, ético e moral, que atenda às necessidades das classes menos privilegiadas (Gómez, 2013). Políticas públicas em saúde devem, antes de tudo, acontecer por meio de ações coordenadas que considerem o princípio da equidade da distribuição de renda, das políticas sociais, e de acesso aos bens e serviços (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Marcondes, 2004).

Este ensaio busca, portanto, recuperar um conceito que expõe algumas raízes históricas, epistemológicas e intrinsecamente políticas das tensões e lacunas em relação às teorias que embasam discussões como as que se desdobram sobre EV e PS, com extensos debates na literatura. Nessa perspectiva, a aproximação do campo da saúde ao conceito de *habitus* pode representar mais um subsídio para a compreensão sobre como condicionantes exteriores influenciam na escolha dos comportamentos das pessoas; quais rotinas pessoais apresentam as características específicas de um grupo ou classe social e como estão sendo formadas as percepções sobre o EV e a saúde. Ela também nos ajuda a pensar a relação e as mediações entre condicionamentos sociais exteriores e subjetividade dos sujeitos (Setton, 2002).

A reflexão realizada nos limites deste espaço pode representar heurística para compreender os padrões complexos e profundamente enraizados de determinados EV e comportamentos que cotidianamente são associados a problemas prevalentes na saúde pública e que são objetos das produções científicas e das práticas realizadas pelo campo da saúde. Nesse percurso ficam claras as diversas etapas e facetas envolvidas na construção de hábitos saudáveis e as dificuldades de modelos teóricos capazes de desvendar a complexidade e superar as dificuldades presentes na abordagem desse desafio no campo da saúde coletiva.

Compreender o EV como *habitus* significa reconhecer que o hábito tem um componente dinâmico e dialético, portanto, mudanças podem ser acionadas de diversas formas: os agentes sociais podem adotar novos comportamentos que contribuirão para a melhor gestão do seu EV e de suas condições de saúde (Setton, 2002), e que os processos de subjetivação não podem ficar fora do modelo.

Se quisermos realmente modificar as *práticas* em saúde sobre o EV, é imperativo que pesquisadores, professores, estudantes, profissionais e formuladores de políticas públicas em saúde compreendam a complexidade do fenômeno. Há referenciais teóricos que nos auxiliam, no campo da saúde a visualizar com mais acurácia os múltiplos aspectos que cercam a formação do *habitus*, notadamente ao exercermos processos de produção do conhecimento, e de "diagnóstico e prescrição" tão presentes nas práticas em saúde.

Este ensaio, longe de se pretender exaustivo, procurou sistematizar algumas aproximações entre os conceitos de EV, PS e *habitus*, como constructo possível para favorecer a construção da saúde em sua perspectiva individual e coletiva, de forma sustentável e duradoura. Procurou também indicar certas tensões subjacentes às estruturas que dificultam o avanço desses processos.

Referências

- ASSUMPÇÃO, L. O. T.; GOLIN, C. H. Reflexão sociológica sobre o conceito de *habitus* relacionado à prática de atividade física. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. O imperativo da epidemiologia dos fatores de risco em face das desigualdades sociais: agenciamentos discursivos sobre o sedentarismo. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 89-102, out. 2012.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- BOURDIEU, P. *O senso prático*. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <<https://goo.gl/HwJ1Q>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições

- para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<https://goo.gl/FDaPDc>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. v. 7.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/rZmZ5>>. Acesso em: 18 jan. 2018.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- 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.
- CALIMAN, L. V.; TAVARES, G. M. O biopoder e a gestão dos riscos nas sociedades contemporâneas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 33, n. 4, p. 934-945, 2013.
- CASTIEL, D. L.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. *Correndo risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. *Das loucuras da razão ao sexo dos anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.
- COCKERHAM, W. C. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, Thousand Oaks, v. 46, n. 1, p. 51-67, 2005.
- COCKERHAM, W. C. The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1031-1039, 2014.
- COCKERHAM, W. C.; RÜTTEN, A.; ABEL, T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, Berkeley, v. 38, n. 2, p. 321-342, 1997.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 1-7.
- CZERESNIA, D. *Categoria vida: reflexões para uma nova biologia*. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
- FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Does sedentarism kill? Study on comments by readers of a Brazilian online newspaper. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 15-28, 2017.
- GÓMEZ, D. P. Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque biomédico. *Apuntes Universitarios*, Tarapoto, v. 3, n. 1, p. 9-26, 2013.
- HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.
- LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974.
- MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.
- MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, Cidade do México, v. 16, n. 48, p. 37-67, 1998.

APÊNDICE C - Termo de concordância instituição proponente



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

TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

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

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

Brasília, 01 de julho de 2015.

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

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

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

Me. Francilene Batista Madeira
Pesquisadora responsável pelo protocolo de pesquisa

APÊNDICE D - Termo de concordância de instituição coparticipante.



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

TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE DE PESQUISA CIENTÍFICA

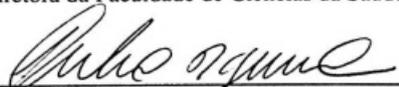
A professora Dra. Maria Fátima de Sousa, Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde – FS, estar ciente de suas responsabilidades como Instituição Coparticipante no cumprimento da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, na realização do projeto de pesquisa “Saúde, qualidade e estilo de vida: situação,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

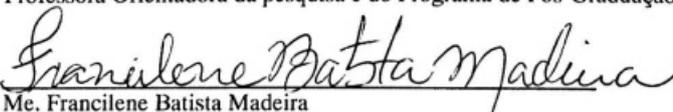
O estudo constará de duas etapas de coleta de informações, mediante o contato direto da pesquisadora com os universitários dos cursos da grande área da saúde. A primeira etapa do estudo será exploratória e envolverá a aplicação de questionários e mensuração antropométrica. Na segunda etapa será realizado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

Brasília, 02 de julho de 2015.


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

Profa. Maria Fátima de Sousa
 Diretora
 Faculdade de Ciências da Saúde


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


 Me. Francilene Batista Madeira
 Pesquisadora responsável pelo protocolo de pesquisa



APÊNDICE E - Termo de concordância de instituição coparticipante

Do Colegiado de Graduação da Faculdade de Medicina – UnB

Relatório

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

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

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

Parecer

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

Brasília, 24 de agosto de 2015

Prof. Gilvânia Coutinho Silva Feijó

Mat. 1016849

Membro do Colegiado de Graduação
Faculdade de Medicina



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

APÊNDICE F – Carta de apresentação da pesquisa

Brasília, 27 de outubro de 2016.

Prezado (a) professor (a),

Venho por meio desta apresentar a aluna de doutorado Francilene Batista Madeira, devidamente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade de Brasília.

Francilene está realizando uma pesquisa sob minha orientação intitulada “A saúde e o estilo de vida: situação, vivências e percepções de universitários de cursos da área de saúde”, resultado de uma parceria firmada entre as Faculdades de Educação Física, de Ciências da Saúde e de Medicina. O referido projeto de pesquisa foi aprovado no comitê de ética da Faculdade de Ciências da Saúde e registrada com o número CAAE 48415515.7.0000.0030.

Na oportunidade, solicito sua colaboração nesta etapa da coleta de dados permitindo a entrada da pesquisadora em sala de aula para que ela apresente a pesquisa, faça o convite aos discentes e realize a aplicação de dois questionários relacionados ao tema. Todo o processo tem duração aproximada de 15 minutos.

Agradeço sua atenção e colaboração no processo de construção do conhecimento e no fortalecimento da pesquisa científica em nossa instituição.

À disposição para maiores esclarecimentos,

Atenciosamente subscrevo-me,

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

APÊNDICE G – Modelo do convite postado nas redes sociais de acesso dos estudantes, faculdades e centros acadêmicos



**ESTILO DE VIDA E SAÚDE
DE UNIVERSITÁRIOS**

Convidamos você, estudante da Faculdade de Educação Física da UnB, para participar de uma roda de conversa no dia 06/06/2017 (terça-feira), no período da tarde (das 15:30h às 16:30h, local a combinar).

Na ocasião será servido um lanche e faremos o sorteio de um livro sobre Promoção Saúde. Os presentes receberão declaração de participação em pesquisa.

Colabore com nossa Pesquisa de Doutorado e nos ajude a pensar uma Universidade Promotora de Saúde!

VAGAS LIMITADAS!

Confirmar presença com a Doutoranda:
Francilene Batista Madeira
(Messenger e Facebook)
e-mail: francilenebm@yahoo.com.br
Whatsapp: (86) 99987-3658



GRUPO DE ESTUDO EM
EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLELINA

Fonte: A autora

APÊNDICE H - Sala de reunião da Faculdade de Ciências da Saúde

Fonte: a autora

APÊNDICE I - Roteiro semiestruturado para realização do grupo focal



**ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL
ESTILO DE VIDA E SAÚDE DOS ESTUDANTES DE CURSOS DA SAÚDE**

Roteiro de questões para o Grupo Focal

A. Aquecimento:

Refleta: Você se considera saudável?

1. Por quê?

1.a. Seu estilo de vida é saudável?

1.b. Que aspectos determinam você ser mais ou menos saudável?

B. Principal: O estilo de vida relacionado a saúde na trajetória da Universidade

Pense na sua trajetória como estudante universitário. →

2. Seus hábitos relacionados à saúde mudaram desde que você ingressou na Universidade?

2.a. → Mudaram Como? (que hábitos ou comportamentos foram mais impactados pela vida acadêmica?)

2.b. → Mudaram Por quê? (que aspectos da vida acadêmica influenciaram essas mudanças?)

2.c. → Algum desses aspectos apresentam relação com o curso ou a faculdade (da área de saúde) que você frequenta?

3. Hoje, que barreiras a Universidade coloca para que seu estilo de vida seja saudável?

4. E que facilitadores a Universidade apresenta para que seu estilo de vida seja mais saudável?

5. Como a Universidade poderia te ajudar a ser mais saudável?

C. Fechamento

7. Você gostaria de fazer algum comentário adicional?

D. Agradecimentos e informes sobre a divulgação dos resultados

Agradecemos sua disponibilidade para participar de nossa pesquisa, sua contribuição tem um papel vital para compreensão do estilo de vida e a promoção da saúde durante a trajetória dos estudantes dos cursos de saúde na Universidade. Os resultados serão divulgados por meio de publicação científica e defesa da Tese. Também marcaremos uma apresentação para publicação dos resultados finais da nossa pesquisa. Muito obrigada!

APÊNDICE J – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA - FEF

Prezado (a) aluno(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: SAÚDE, QUALIDADE E ESTILO DE VIDA: SITUAÇÃO, VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, cujo objetivo é problematizar e refletir sobre o significado de saúde e de promoção da saúde através de informações sobre a situação, as vivências e as percepções em saúde, qualidade de vida e estilo de vida de estudantes universitários que atendem cursos da grande área da saúde.

Será importante refletir sobre essa temática a partir da situação, vivência e da percepção de alunos dos cursos de saúde, tendo em vista que esses cursos irão formar profissionais que estarão inexoravelmente atrelados ao potencial de vida e de saúde de toda a comunidade. Sua participação poderá contribuir com a emergente discussão da promoção da saúde, contextualizando-a a realidade acadêmica, frente aos paradigmas dominantes na formação em saúde e às mudanças sociopolíticas e sanitárias contemporâneas.

A sua participação consiste em responder quatro questionários com informações sobre seu status sociodemográfico, antropometria, atividade física, qualidade de vida e estilo de vida, com duração aproximada de 30 (trinta) minutos. Todas as informações serão coletadas no ambiente universitário, em local apropriado para os procedimentos.

Os riscos decorrentes de sua participação poderão ocorrer por conta do incômodo ou inconveniente de investimento do seu tempo para participar da coleta e dar informações a estranhos, de forma quase repentina. Para minimizar tais ocorrências iremos alerta-lo(a), desde o princípio, sobre sua liberdade para se esquivar das perguntas e se negar a respondê-las a qualquer momento.

Você poderá recusar-se a responder os questionários e participar das mensurações antropométricas, caso isso lhe traga algum constrangimento, podendo desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo ou punição para você. Sua participação é voluntária,

sigilosa e não há pagamento por sua colaboração.

Não existe nenhuma despesa prevista para sua participação, no entanto, todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob nossa guarda por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver alguma dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com as responsáveis pela pesquisa: a doutoranda Francilene Batista Madeira (e-mail: francilenebmadeira@gmail.com e celular (86) 99987-3658) e a professora orientadora, Doutora Júlia Aparecida Devidé Nogueira (e-mail: julianogueira@unb.br).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O objetivo do CEP é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Qualquer dúvida sobre o preenchimento do TCLE ou dos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou no e-mail cepfs@unb.br, horário de 10h às 12h e de 13h30min às 15h30min de segunda à sexta.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com você.

Assinatura d(a) participante da pesquisa

Pesquisadora responsável
Francilene Batista Madeira

Pesquisadora orientadora da pesquisadora
Profª Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira

Brasília, _____ de _____ de 2016.

APÊNDICE L – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(PARA PARTICIPAÇÃO NA ETAPA II - GRUPO FOCAL)

Prezado(a) aluno(a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: SAÚDE, QUALIDADE E ESTILO DE VIDA: SITUAÇÃO, VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE UNIVERSITÁRIOS DE CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, cujo objetivo é problematizar e refletir sobre o significado de saúde e de promoção da saúde através de informações sobre a situação, as vivências e as percepções em saúde, qualidade de vida e estilo de vida de estudantes universitários que atendem cursos da grande área da saúde.

Será importante refletir sobre essa temática a partir da situação, vivência e da percepção de alunos dos cursos de saúde, tendo em vista que esses cursos irão formar profissionais que estarão inexoravelmente atrelados ao potencial de vida e de saúde de toda a comunidade. Sua participação poderá contribuir com a emergente discussão da promoção da Saúde, contextualizando-a a realidade acadêmica, frente aos paradigmas dominantes na formação em saúde e às mudanças sociopolíticas e sanitárias contemporâneas.

Sua participação consiste em participar, em sua Faculdade, de um grupo focal que é um grupo de discussão formado por no máximo dez participantes e que abordará as temáticas da saúde, promoção da saúde, qualidade e estilo de vida de universitários. A discussão será gravada em áudio para captação de seus depoimentos, que serão transcritos para um texto em computador para posterior análise dos conteúdos.

Creemos ser importante ressaltar que um aspecto crítico no processo das discussões realizadas no grupo focal é o risco das visões/opiniões políticas se direcionarem para assuntos polêmicos e, que podem fazer o participante sentir-se constrangido. Caso isso aconteça, você poderá recusar-se a participar do grupo focal, em qualquer momento, podendo desistir de

participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou punição para você. Sua participação é voluntária, sigilosa e não há pagamento por sua colaboração.

Não existe nenhuma despesa prevista para sua participação, no entanto, todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo às disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob nossa guarda por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se você tiver alguma dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com as responsáveis pela pesquisa: a doutoranda Francilene Batista Madeira (e-mail: francilenebmadeira@gmail.com e celular (86) 99987-3658) e a professora orientadora, Doutora Júlia Aparecida Devidé Nogueira (e-mail: julianogueira@unb.br).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O objetivo do CEP é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. Qualquer dúvida sobre o preenchimento do TCLE ou dos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou no e-mail cepfs@unb.br, horário de 10h às 12h e de 13h30min às 15h30min de segunda à sexta.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com você.

Assinatura d(a) participante da pesquisa

Pesquisadora responsável
Francilene Batista Madeira

Pesquisadora orientadora da pesquisadora
Prof.^a Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira

Brasília, _____ de _____ de 2016.

APÊNDICE M – Termo de autorização para utilização de som de vos para fins de pesquisa



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Termo de autorização para utilização de som de voz para fins de pesquisa

Eu, _____ autorizo a utilização do meu som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “Saúde, qualidade e estilo de vida: situação, vivências e percepções de universitários de cursos da área de saúde”, sob responsabilidade da Doutoranda Francilene Batista Madeira, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade de Brasília.

O som da minha voz poderá ser utilizado apenas para análise dos conteúdos por parte da equipe de pesquisa, apresentação em eventos científicos e conferências profissionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação do meu som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação aos sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, do meu som de voz.

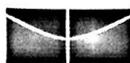
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Francilene Batista Madeira
Pesquisadora responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO I – CARTA DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA



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

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

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

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: FRANCILENE BATISTA MADEIRA

DATA DE ENTRADA: 09/11/2015

CAAE: 48415515.7.0000.0030

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

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

Brasília, 19 de setembro de 2016.


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

ANEXO II – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

I- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
1. SEXO: () Feminino () Masculino	2. IDADE: _____ anos completos
3. ESTATURA: _____ (CM)	4. PESO CORPORAL: _____ (KG)
5. Em relação à COR DA PELE , você se considera: () Amarela () Branca () Indígena () Preta () Parda () Outra	
6. Qual sua SITUAÇÃO CONJUGAL ? () Solteiro(a) () Casado(a) () Vivendo com um companheiro(a) () Separado(a) / Divorciado(a) () Viúvo(a)	
7. VOCÊ TEM FILHOS? () NÃO () SIM → 7.A. QUANTOS? _____	
8. Onde você MORAVA ANTES DE INGRESSAR na Universidade? () Morava no Distrito Federal (DF) () Em outro estado → Qual? _____ () Em outro país → Qual? _____	
9. Onde você MORA atualmente? () Distrito Federal/DF/Plano Piloto (Asa Sul e Norte, Lago Sul e Norte) () Distrito Federal/DF Cidade Satélite → Qual? _____ () Moro em uma cidade vizinha ao DF → Qual? _____	
10. Qual sua situação atual de MORADIA ? () Moro sozinho(a) () Com o cônjuge () Com o pai, a mãe ou ambos () Em casa de amigos () Em casa de outros familiares () Pensão, hotel, pensionato () Moradia universitária () Moradia mantida pela família () Outras moradias coletivas () República (religiosas, pública, entre outros tipos)	
11. Qual o principal MEIO DE TRANSPORTE que você utiliza para chegar a Universidade? () A pé e/ou de bicicleta; () Transporte locado (prefeitura e ou/escolar); () Transporte coletivo ou Carona; () Táxi/moto-táxi. () Transporte próprio (carro ou moto)	
12. Você TRABALHA? () Não () Sim → 12.a. Tem vínculo empregatício? () Não () Sim	
13. Qual(is) o(s) TURNO(S) de seu trabalho: () Manhã () Tarde () Noite	
14. Qual sua PARTICIPAÇÃO NA VIDA ECONÔMICA do grupo familiar? () Sou sustentado pela minha família ou outras pessoas;	

<input type="checkbox"/> Recebo ajuda financeira da família ou de outras pessoas; <input type="checkbox"/> Sou responsável apenas pelo meu próprio sustento; <input type="checkbox"/> Sou responsável pelo meu sustento e contribuo para o sustento da família; e <input type="checkbox"/> Sou responsável principal pelo sustento da família	
15. Na CASA que você mora tem:	
Carro	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Acima de 4
TV	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Acima de 4
Banheiro	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Acima de 4
Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Acima de 4
Geladeira	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Lavadora de roupa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Computador	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acesso a internet	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
16. Qual a ESCOLARIDADE do seu PAI? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação	17. Qual a ESCOLARIDADE de sua MÃE? <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-Graduação
18. Em que tipo de escola você cursou o ENSINO MÉDIO? <input type="checkbox"/> Somente Escola Pública <input type="checkbox"/> Somente Escola Particular <input type="checkbox"/> Maior parte em Escola Pública <input type="checkbox"/> Maior parte em Escola Particular	
19. Qual CURSO DE GRADUAÇÃO você está matriculado na UnB? <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Bacharelado Educação Física <input type="checkbox"/> Nutrição <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Licenciatura Educação Física	
20. Em qual PERÍODO do curso você está? <input type="checkbox"/> Início (1º ano) <input type="checkbox"/> Meio <input type="checkbox"/> Final (último ano do Curso)	

ANEXO III – QUESTIONÁRIO ESTILO DE VIDA FANTÁSTICO

Coloque um X na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no MÊS passado.						
Família e Amigos	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Dou e recebo afeto.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta, etc).	Menos 1 vez Por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa).	Menos 1 vez por semana	1-2 vezes por semana	3 vezes por semana	4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana
Nutrição	Como uma dieta balanceada (*explicação 1).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Frequentemente como em excesso: (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal (4) bobagens e salgadinhos.	Quatro itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum
	Estou no intervalo de “X” quilos do meu peso considerado saudável.	Mais de 8	8kg	6 kg	4 kg	2 kg
Cigarro e Drogas	Fuma cigarros.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
	Uso drogas como maconha e cocaína.	Algumas vezes				Nunca
	Abuso de remédios ou exagero.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	Ingiro bebidas que contêm cafeína (ex.: café, chá ou “colas”).	Mais de 10 vezes por dia	7 a 10 vezes por dia	3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	Minha ingestão média por semana de álcool é: “X” doses. (**explicação 2).	Mais de 20	13 a 20	11 a 12	8 a 10	0 a 7
	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião.	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca

	Dirijo após beber.	Algumas vezes				Nunca
Sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro	Durmo bem e me sinto descansado.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Uso cinto de segurança.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	A maioria das vezes	Sempre
	Sou capaz de lidar com o estresse do meu dia-a-dia.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Pratico sexo seguro. (**explicação 3).	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Sempre
Tipo de comportamento	Aparento estar com pressa.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me com raiva e hostil.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Introspecção	Penso de forma positiva e otimista.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Sinto-me tenso e desapontado.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
	Sinto-me triste e deprimido.	Quase sempre	Com relativa frequência	Algumas vezes	Raramente	Quase nunca
Trabalho	Estou satisfeito com meu trabalho ou função.	Quase nunca	Raramente	algumas vezes	Com relativa frequência	Quase Sempre

INSTRUÇÕES

***Dieta balanceada:** Pessoas diferentes necessitam de diferentes quantidades de comida dividida em quatro grupos de alimentos. A quantidade de porções por dia depende da idade, do tamanho corporal, do nível de atividade física, do sexo e do fato de estar grávida ou amamentando. Veja o número de porções mínimo e máximo de cada um dos grupos. Para a maioria das pessoas, o número intermediário será suficiente.

Grãos e cereais	Frutas e vegetais	Derivados do leite	Carnes e semelhantes	Outros alimentos
Escolha, com maior frequência, grãos integrais e produtos enriquecidos.	Escolha, com maior frequência, vegetais verde escuros e alaranjados.	Escolha produtos com baixo conteúdo de gordura.	Escolha, com maior frequência, carnes magras, aves e peixes, assim como ervilhas, feijão e lentilha.	Outros alimentos que não estão em nenhum dos grupos apresentam altos teores de gordura e calorias, e devem ser usados com moderação.
Porções recomendadas por dia				
5-12	5-10	Jovens (10-16 anos) 3-4 Adultos - 2-4 Grávidas e amamentando 3-4	2-3	
** 2) Álcool: 1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de vinho (142 ml) ou 1 “curto” de cachaça ou tequila (42 ml).				
*** 3) Sexo seguro: Refere-se ao uso de métodos de prevenção de infecção e concepção.				

