



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Tuany Lohn Cardoso Mexko

Faces da Promoção de Saúde na universidade pública brasileira

Florianópolis

2024

Tuany Lohn Cardoso Mexko

Faces da Promoção de Saúde na universidade pública brasileira

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Direitos, sociedade civil, políticas sociais na América Latina

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Keli Regina Dal Prá

Florianópolis

2024

Mexko, Tuany Lohn Cardoso

Fases da Promoção de Saúde na universidade pública
brasileira /Tuany Lohn Cardoso Mexko ; orientadora, Keli
Regina Dal Prá, 2024.

195 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação
em Serviço Social, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Promoção de Saúde. 3.
Universidade Pública. 4. Universidades Promotoras de
Saúde. I. Dal Prá, Keli Regina . II. Universidade Federal
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço
Social. III. Título.

Tuany Lohn Cardoso Mexko

Faces da Promoção de Saúde na universidade pública brasileira

O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 08 de março de 2024,
pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Keli Regina Dal Prá, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Michelly Laurita Wiese, Dr^a.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Kathleen Elane Leal Vasconcelos, Dr^a.
Universidade Estadual da Paraíba

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.^a Keli Regina Dal Prá, Dr.^a
Orientadora

Florianópolis, 2024.

Para meus pais, Salete e Sidney,
cujo incentivo desde a tenra infância me trouxe ao lugar onde estou;

Para meu esposo, Bruno,
cuja companhia e estímulo não me permitem deixar de lutar para ser sempre melhor;

Para todas as comunidades universitárias do Brasil,
em cuja vida repousa o sentido deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e condução da minha história, desde sempre e para sempre;
À minha família, especialmente meus pais e irmã, Salete, Sidney e Morgana, que sempre acreditaram em mim e apoiaram meus sonhos;

Ao meu esposo, Bruno, pelo apoio e pela caminhada de descoberta intelectual que trilhamos juntos desde o ensino médio;

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de dedicação exclusiva à esta dissertação;

À equipe da Divisão de Serviço Social - Atenção ao Servidor - Maria Alice, Lúcia, Andréa, Roseclea, Sayonara, Fabiana, Selma e Ricardo - pelo apoio durante este tempo de estudos;

À minha orientadora, a Prof.^a Keli Regina Dal Prá, pela constante presença, pela gentil condução e pela acolhida desta temática, tão diversa do escopo tradicional do Serviço Social;

A todo o povo brasileiro, que sustenta esta e todas as universidades públicas deste país e ao qual deve servir todo o conhecimento científico.

RESUMO

A Promoção de Saúde surge como um paradigma em meados da década de 1970, no Canadá. Sua novidade conceitual consiste na agregação de outros elementos para além da determinação biológica da saúde, sendo, por isso, considerada por muitos teóricos como herdeira da Medicina Social do século XIX. Já durante a década de 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a incorporar os conceitos promocionais de abordagem em saúde, fazendo dela a espinha dorsal da Nova Saúde Pública (NSP). Uma das intervenções inspiradas no escopo da Promoção de Saúde é a estratégia Universidades Promotoras de Saúde (UPS). Resgatando elementos presentes nas intervenções baseadas em ambientes, como o *Health Cities Movement*, universidades britânicas criaram ações para transformar o espaço do *campus* em um ambiente saudável, nos termos da tradição promocional. Essa experiência chegou ao Brasil nos anos 2000, sendo mais amplamente disseminada a partir do ano 2018, quando da realização do I Encontro da Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde (REBRAUPS). A Promoção de Saúde, âmago dessa estratégia, tem sido alvo de intensos debates desde a sua propagação sob a agência da OMS. Os intensos debates provocaram mudanças dentro do próprio paradigma, fazendo surgir dele diferentes correntes e nuances, como a corrente behaviorista e a Promoção de Saúde Socioambiental. Considerando tal realidade, a pesquisa que compõe esta dissertação tem como objetivo geral compreender as diferentes conformações teóricas, metodológicas e políticas da Promoção de Saúde na estratégia UPS inserida nas universidades públicas brasileiras. Como objetivos específicos, este estudo pretendeu descrever o processo de desenvolvimento da estratégia UPS no Brasil, identificar e caracterizar as instituições de ensino superior brasileiras que são membros da RIUPS e/ou da REBRAUPS e investigar os conceitos fundantes presentes nos documentos declaratórios da RIUPS e nas políticas institucionais de promoção de saúde das universidades públicas brasileiras membro da RIUPS e/ou REBRAUPS, a fim de buscar elementos que revelem a perspectiva de Promoção de Saúde assumida na estratégia UPS, que é incorporada nessas instituições. Para cumprimento desses objetivos, foram realizadas as seguintes etapas: revisão bibliográfica e entrevista semiestruturada para reconstrução da história das UPS no Brasil e pesquisa documental para a coleta de dados sobre as instituições e para a obtenção dos documentos declaratórios da RIUPS e das políticas institucionais de saúde e/ou promoção de saúde das universidades que aderiram à estratégia. Para a análise das informações coletadas, a técnica utilizada foi a análise de conteúdo. A pesquisa revelou que a estratégia UPS no Brasil possui ainda um desenvolvimento incipiente, tendo seu maior marco de crescimento no ano de 2018, quando da fundação da REBRAUPS. Demonstrou ainda que são poucas as instituições nas quais o amadurecimento do projeto de UPS já permitiu a elaboração de uma política institucional própria e que muitas das políticas existentes foram lançadas durante o período da pandemia de covid-19, momento no qual a preocupação institucional com o adoecimento mental da comunidade universitária aumentou. Os resultados da análise que contemplam o objetivo geral, por sua vez, indicaram que, a despeito das correntes pré-concebidas em território estrangeiro, as universidades brasileiras têm elaborado seu próprio projeto de UPS, partindo das políticas nacionais já existentes, como a PASS e o PNAES. Essa novidade, além de contribuir para a inculturação da estratégia, simboliza uma contrapartida, por meio da qual a experiência brasileira, sobre a qual se fundam a política nacional de saúde, as políticas voltadas para o âmbito universitário e para a saúde do servidor, poderá colaborar para a superação das diversas tensões e superficialidades existentes na Promoção de Saúde.

Palavras-chave: Promoção de Saúde; Universidade Pública; Universidades Promotoras de Saúde.

RESUMEN

La Promoción de la Salud emerge como paradigma a mediados de la década de 1970 en Canadá. Su novedad conceptual consiste en la agregación de otros elementos más allá de la determinación biológica de la salud, siendo considerada por muchos teóricos como heredera de la Medicina Social del siglo XIX. Ya durante la década de 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzó a incorporar los conceptos promocionales de abordaje en salud, convirtiéndola en la columna vertebral de la Nueva Salud Pública (NSP). Una de las intervenciones inspiradas en el ámbito de la Promoción de la Salud es la estrategia de Universidades Promotoras de Salud (UPS). Rescatando elementos presentes en intervenciones basadas en entornos, como el Health Cities Movement, universidades británicas crearon acciones para transformar el espacio del campus en un ambiente saludable, en términos de la tradición promocional. Esta experiencia llegó a Brasil en los años 2000, siendo más ampliamente difundida a partir del año 2018, con la realización del I Encuentro de la Red Brasileña de Universidades Promotoras de la Salud (REBRAUPS). La Promoción de la Salud, núcleo de esta estrategia, ha sido objeto de intensos debates desde su propagación bajo la agencia de la OMS. Los intensos debates provocaron cambios dentro del propio paradigma, dando lugar a diferentes corrientes y matices, como la corriente behaviorista y la Promoción de la Salud Socioambiental. Considerando esta realidad, la investigación que compone esta disertación tiene como objetivo general comprender las diferentes conformaciones teóricas, metodológicas y políticas de la Promoción de la Salud en la estrategia UPS inserta en las universidades públicas brasileñas. Como objetivos específicos, este estudio pretendió describir el proceso de desarrollo de la estrategia UPS en Brasil, identificar y caracterizar las instituciones de educación superior brasileñas que son miembros de la RIUPS y/o de la REBRAUPS e investigar los conceptos fundantes presentes en los documentos declaratorios de la RIUPS y en las políticas institucionales de promoción de salud de las universidades federales brasileñas miembro de la RIUPS y/o REBRAUPS, con el fin de buscar elementos que revelen la perspectiva de Promoción de Salud asumida en la estrategia UPS que es incorporada en estas instituciones. Para cumplir con estos objetivos, se llevaron a cabo las siguientes etapas: revisión bibliográfica y entrevista semiestructurada para reconstruir la historia de las UPS en Brasil y pesquisa documental para la recolección de datos sobre las instituciones y para la obtención de los documentos declaratorios de la RIUPS y de las políticas institucionales de salud y/o promoción de salud de las universidades que adhirieron a la estrategia. Para el análisis de la información recopilada, se utilizó la técnica de análisis de contenido. La investigación reveló que la estrategia UPS en Brasil aún tiene un desarrollo incipiente, con su mayor hito de crecimiento en el año 2018, con la fundación de REBRAUPS. También demostró que son pocas las instituciones en las que el maduramiento del proyecto de UPS ha permitido la elaboración de una política institucional propia y que muchas de las políticas existentes fueron lanzadas durante el período de la pandemia de COVID-19, momento en el que la preocupación institucional por el deterioro mental de la comunidad universitaria aumentó. Los resultados del análisis que aborda el objetivo general, por su parte, indicaron que, a pesar de las corrientes preconcebidas en territorio extranjero, las universidades brasileñas han elaborado su propio proyecto de UPS, partiendo de las políticas nacionales ya existentes, como la PASS y el PNAES. Esta novedad, además de contribuir a la inculcación de la estrategia, simboliza una contrapartida, a través de la cual la experiencia brasileña, sobre la cual se fundamentan la política nacional de salud, las políticas orientadas al ámbito universitario y a la salud del servidor, podrá colaborar para superar las diversas tensiones y superficialidades existentes en la Promoción de la Salud.

Palabras clave: Promoción de la salud; universidad pública; universidades promotoras de la salud; universidades saludables.

ABSTRACT

Health Promotion emerges as a paradigm in the mid-1970s in Canada. Its conceptual novelty lies in the aggregation of elements beyond the biological determination of health, being considered by many theorists as heir to 19th-century Social Medicine. Already during the 1980s, the World Health Organization (WHO) began to incorporate promotional concepts of health approach, making it the backbone of the New Public Health (NPH). One of the interventions inspired by the scope of Health Promotion is the strategy of Health-Promoting Universities (HPUs). Retrieving elements present in environment-based interventions, such as the Health Cities Movement, British universities created actions to transform the campus space into a healthy environment, in terms of the promotional tradition. This experience reached Brazil in the 2000s, being more widely disseminated from 2018 onwards, with the realization of the I Meeting of the Brazilian Network of Health-Promoting Universities (REBRAUPS). Health Promotion, the core of this strategy, has been the subject of intense debate since its propagation under the agency of the WHO. The intense debates have led to changes within the paradigm itself, giving rise to different currents and nuances, such as the behaviorist current and Socioenvironmental Health Promotion. Considering this reality, the research that composes this dissertation aims to understand the different theoretical, methodological, and political conformations of Health Promotion in the HPU strategy inserted in Brazilian public universities. As specific objectives, this study aimed to describe the development process of the HPU strategy in Brazil, identify and characterize Brazilian higher education institutions that are members of RIUPS and/or REBRAUPS and investigate the founding concepts present in the declaratory documents of RIUPS and in the institutional health promotion policies of Brazilian federal universities that are members of RIUPS and/or REBRAUPS, in order to seek elements that reveal the perspective of Health Promotion assumed in the HPU strategy that is incorporated in these institutions. To fulfill these objectives, the following stages were carried out: literature review and semi-structured interview to reconstruct the history of HPUs in Brazil and documentary research for data collection on the institutions and for obtaining the declaratory documents of RIUPS and the institution's health and/or health promotion policies that adhered to the strategy. For the analysis of the collected information, the content analysis technique was used. The research revealed that the HPU strategy in Brazil still has an incipient development, with its greatest growth milestone in 2018, with the founding of REBRAUPS. It also showed that few institutions have matured the HPU project enough to develop their own institutional policy, and many of the existing policies were launched during the COVID-19 pandemic, a time when institutional concern about the mental health of the university community increased. The results of the analysis that addresses the general objective, in turn, indicated that, despite the preconceived currents abroad, Brazilian universities have developed their own HPU project, based on existing national policies such as PASS and PNAES. This novelty, in addition to contributing to the inculturation of the strategy, symbolizes a counterpart, through which the Brazilian experience, on which the national health policy, policies focused on the university environment, and employee health are based, may collaborate in overcoming the various tensions and superficialities existing in Health Promotion.

Keywords: health promotion; public university; health-promoting universities; healthy universities.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Vertentes da Promoção de Saúde e pontos de discussão	60
Quadro 2 - Bases de dados e palavras-chave.....	64
Quadro 3 - <i>Corpus</i> teórico após revisão bibliográfica.....	66
Quadro 4 - Instituições de ensino superior brasileiras filiadas à RIUPS e/ou REBRAUPS	77
Quadro 5 - Congressos e documentos declaratório da RIUPS	82
Quadro 6 - Universidades com políticas institucionais que referem ações de promoção de saúde	113
Quadro 7 - Análise das instituições segundo as vertentes de Promoção de Saúde identificadas pela teoria	149

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
DASU	Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária
DISS	Divisão de Serviço Social - Atenção ao Servidor
DSS	Determinantes sociais da saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
MEC	Ministério da Educação
NOSS	Norma Operacional de Saúde do Servidor
NSP	Nova Saúde Pública
NUBE	Núcleo Universitário de Bem-estar do Centro de Ciências da Saúde
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PIB	Produto Interno Bruto
PNAES	Programa Nacional de Assistência Estudantil
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PSS	Promoção Saúde Socioambiental
REBRAUPS	Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde
REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
REUS	Rede Espanhola de Universidades Saudáveis
RIUPS	Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEG	Universidade Estadual de Goiás
UEMG	Universidade Estadual de Minas Gerais

UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFSCPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFT	Universidade Federal do Tocantins
UnB	Universidade de Brasília
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-americana
UPS	Universidade Promotora de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTOS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA O DEBATE	26
2.1 BREVE HISTÓRICO E DEFINIÇÕES CONCEITUAIS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	26
2.2 TENSÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE	42
3 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA IBERO-AMÉRICA E NA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA: DE OTTAWA PARA OS <i>CAMPI</i>.....	62
3.1 DETALHAMENTO DO PERCURSO METODOLÓGICO	62
3.2 A ESTRATÉGIA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE: HISTÓRIA E INSERÇÃO NO BRASIL	69
3.3 DELINEAMENTOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA EXPRESSÃO IBERO-AMERICANA E BRASILEIRA DA ESTRATÉGIA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE	81
3.3.1 Os documentos declaratórios da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde	82
3.3.2 No chão do Brasil: reflexos da estratégia UPS nas políticas de Saúde e/ou Promoção de Saúde das Universidades Públicas Brasileiras.....	110
3.3.2.1 Políticas relacionadas à estratégia UPS.....	114
3.3.2.2 Políticas relacionadas à Promoção de Saúde sem referência à UPS	136
4 A FACE DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA: DISCUSSÕES A PARTIR DAS TENDÊNCIAS ENCONTRADAS....	146
4.1 CARACTERÍSTICAS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO PROJETO BRASILEIRO DE UPS E UMA PROPOSTA DE ABORDAGEM TERRITORIAL	146
4.2 OUTRA HIPÓTESE SOBRE O TÍMIDO DESENVOLVIMENTO DAS UPS NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS A PARTIR DE UM RESGATE HISTÓRICO CONJUNTURAL.....	154
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
REFERÊNCIAS.....	166
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada para gestores de saúde nas universidades.....	185
APÊNDICE B – Roteiro de análise documental para políticas institucionais de Promoção de Saúde.....	186

APÊNDICE C – Roteiro de análise documental para documentos declaratórios da RIUPS	187
APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	188
APÊNDICE E - Atividades relacionadas à promoção de saúde nas instituições de ensino superior brasileiras ligadas à estratégia UPS.....	190

1 INTRODUÇÃO

O processo de pesquisa consiste, sempre, na perscrutação de determinado fragmento da realidade. A realidade, por sua vez, é sempre formada por um denso complexo de fragmentos que se inter-relacionam, compartilhando entre si seus elementos constitutivos. Em outras palavras, cada fragmento da realidade, ou cada fenômeno, para utilizar uma palavra corrente no estudo da metodologia da pesquisa, tem sempre uma particularidade, ocorre numa conjuntura histórica, é vivido por determinadas pessoas, mas não deixa de se relacionar no tempo e no espaço com outros fenômenos.

Considerando essa compreensão da realidade, na qual existem a universalidade - o conjunto dos fenômenos, suas inter-relações, a realidade total e universal - e as particularidades - o fenômeno, no tempo, no espaço, vivido por um grupo de pessoas, o concreto - a pesquisa é o processo de indagação de determinada particularidade da universalidade, cujo resultado deve sempre auxiliar no caminho de compreensão do universal. Por certo, um único exercício de pesquisa é limitado no que se refere à missão de contribuir para esse devir humano que caminha rumo à compreensão de si mesmo e da realidade na qual vive. Entretanto, essa limitação não deve ser considerada como um empecilho, mas motivação, para, no decorrer da história, avançarmos, ainda que a passos lentos, no sentido da compreensão da verdade que há na realidade.

Da realidade universal, esta pesquisa se incumba de investigar o fenômeno particular da inserção do paradigma da Promoção de Saúde no espaço da universidade pública brasileira. Destaca-se que o termo paradigma, utilizado durante todo o trabalho, refere-se à Promoção de Saúde, como vocábulo que, segundo o dicionário Michaelis, designa um modelo, um padrão (Paradigma, 2015). O termo é habitualmente utilizado por sanitaristas, tais como Carvalho, A. (1996), Lefevre e Lefevre (2004), Carvalho, S. (2004a, 2004b), Westphal (2016), para designar a Promoção de Saúde como um modo de leitura e busca por soluções diante das demandas de saúde da humanidade. É, segundo Carvalho, A. (1996), um modo um tanto abusivo de uso de uma categoria do físico e filósofo Thomas Kuhn, a qual originalmente estava vinculada à adoção de modelos de leitura e solução de questões especificamente relacionadas ao desenvolvimento do fazer científico (Silva Neto, 2011). Nesse texto, far-se-á uso da categoria justo no sentido de chave de leitura e de busca por solução para uma questão da realidade, notadamente, das demandas de saúde, em particular, daquelas que emanam da Universidade.

Considerando que todo este trabalho parte da realidade universitária, vale tecer um breve comentário acerca dessa instituição. A Universidade, numa perspectiva estrita relacionada ao

mundo do trabalho, é um lugar onde se realiza uma etapa formativa, a fim de preparar aqueles que ali ingressam para uma atividade profissional específica, demandada na sociedade devido a alguma necessidade a ser atendida.

Mas a Universidade não se limita à oferta do ensino superior. A Universidade é, também, considerando essas mesmas necessidades que emanam da vida em sociedade, sejam elas materiais ou existenciais, um local para a busca do saber. Local onde estas necessidades são postas à luz do questionamento racional, tornam-se objeto da pesquisa e são assim melhor compreendidas e atendidas. Esse mesmo processo é o que faz da Universidade, ainda, um local de embate, de confronto entre diferentes compreensões da vida e projetos de sociedade. Um espaço, portanto, em disputa (Chauí, 2003).

Universidade e vida em sociedade são afluentes uma da outra. Uma é instada pela outra. O que floresce em uma, reflete na outra. Não há como conceber - ou ao menos não deveria ser possível - uma Universidade a parte ou por sobre a sociedade. Como parte da vida em sociedade, a Universidade é construída por pessoas, em cujas relações entre si e com a prática universitária criam uma forma particular de vida e criam ainda suas próprias demandas relacionadas a esta vida. Esses aspectos fundamentais da Universidade - a produção de conhecimento e formação e a construção de uma vida comum - foram os elementos que atraíram a Promoção de Saúde para dentro do *campus*.

A Promoção de Saúde adentra as Universidades como desdobramento da ação “Cidades Saudáveis”, encampada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tal ação, partindo dos conceitos norteadores presentes nas cartas emitidas a cada conferência internacional de Promoção de Saúde, visa à criação de ambientes capazes de propiciar às pessoas que coabitam naquele espaço condições de desenvolverem qualidade de vida¹. No espaço da Universidade, em específico, a Promoção de Saúde entra com o objetivo de propiciar condições saudáveis de estudo e de trabalho, além de se inserir nos currículos da graduação e da pós-graduação, visando à formação de profissionais capazes de promover saúde em seus futuros espaços de trabalho, ainda que suas profissões não sejam tradicionalmente ligadas à saúde. Essa estratégia de introdução do paradigma promocional no espaço universitário, que será esmiuçada a seu tempo

¹ Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), no campo conceitual da Promoção de Saúde, o termo “qualidade de vida” assume o seguinte significado: ideal assumido pela sociedade contendo padrões satisfatórios de vida, contemplados por meio do acesso a políticas públicas que garantam o desenvolvimento humano e por modos de vida que assumam esse mesmo ideal. A qualidade de vida não se expressa de forma única, sendo bem marcada pelos critérios de classe, cultura (lugar e/ou etnia) e tempo (história).

neste trabalho, recebe o nome de Universidades Promotoras de Saúde (UPS) (Lange; Vio, 2006).

Antes de contextualizar este problema central e a pergunta que o acerca, é oportuno compreender o caminho percorrido até a elaboração racional desse problema. Após uma breve trajetória na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), a pesquisadora que desenvolve esta dissertação iniciou, em 2019, uma nova etapa profissional junto à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na Divisão de Serviço Social - Atenção ao Servidor (DISS). No decorrer dos dias, durante o exercício profissional, as demandas apresentadas pelo conjunto dos servidores passaram a suscitar inquietações acerca da atenção em saúde da universidade de forma geral. As demandas de caráter repetitivo, ainda que carregassem algumas singularidades devido às particularidades humanas, fizeram crescer o anseio de compreender as manifestações gerais de determinados fenômenos relacionados à saúde daquela população. Tal compreensão - dos servidores enquanto população - levou logo ao entendimento de que, assim como eles, também os estudantes e os trabalhadores terceirizados eram uma população. Grupos com características próprias, que se relacionam com a universidade de forma diversa, mas que se relacionam entre si e compõem um único grande grupo, a comunidade universitária.

Segundo Martínez-Riera *et al.* (2018), a universidade pode ser considerada uma comunidade porque contempla três requisitos essenciais: o pertencimento (sentir-se parte de algo ou de algum grupo por identificação), a inter-relação (a existência de comunicação e mútua influência) e cultura comum (a existência de significados compartilhados). Compreender que os servidores, os estudantes e os trabalhadores terceirizados compõem uma comunidade significa perceber que as diferentes demandas podem compartilhar as suas raízes, ainda que brotem aqui e ali com suas particularidades. Significa também perceber que a universidade é uma comunidade feita de outras comunidades, cuja vida se desenvolve no extra muros dos *campi*, e que o conhecimento dessas correlações pode favorecer tanto a construção de intervenções mais qualificadas quanto a compreensão dos limites da prática no trabalho.

Uma vez assumido esse significado, a perspectiva adotada na prática cotidiana do trabalho passou a caminhar baseada na intenção de construir uma abordagem que visualizasse as diferentes populações existentes no espaço universitário, tanto como singulares (enquanto grupo e enquanto pessoas que compõem o grupo) quanto como comunidade (demandas compartilhadas, influenciadas pela realidade conjuntural da universidade tanto de forma singular - esta universidade - quanto de forma universal - as universidades de forma geral).

Esse interesse por uma abordagem mais integrada nasceu também da análise da estrutura atual da atenção às diferentes populações da comunidade universitária no âmbito das

universidades públicas federais. Na atualidade, duas políticas centrais regem os principais serviços: o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS). O PNAES se ocupa, prioritariamente, de ações para estudantes voltadas à moradia, à alimentação, ao transporte, à atenção à saúde, à inclusão digital, à cultura, ao esporte, ao apoio para pais e mães, ao apoio pedagógico e à atenção para as pessoas com deficiência e outras necessidades educativas, de acordo com o Decreto nº 7.234 (Brasil, 2010). Já a PASS tem como eixos a promoção da saúde do servidor, a prevenção de danos ou agravos à saúde, a vigilância em saúde, a assistência à saúde e a perícia oficial (Brasil, 2023). Ambas as políticas contemplam as particularidades de cada população, as quais necessitam de atenção especializada. Entretanto, a pretensão de especializar o serviço não pode levar ao equívoco da fragmentação das atenções. Se é verdade que a universidade é uma comunidade, a atenção em saúde a essa comunidade necessita estabelecer um fluxo de diálogo visando à unidade sem perder a especificidade. Foi a busca por esse caminho de unidade, respeitando a particularidade, que deu início a esse processo de pesquisa, antes mesmo que ele pudesse ser concebido racionalmente.

Dos diálogos entre a equipe que se realizam durante a prática cotidiana, uma possibilidade nesse sentido emergiu: a estratégia Universidades Promotoras de Saúde (UPS), à qual a UFSC firmou sua adesão no ano de 2018. Neste ano, por ocasião do I Encontro da Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde (REBRAUPS), a UFSC se uniu a outras vinte e sete instituições, tornando-se parte da REBRAUPS e também da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras da Saúde (RIUPS) (UFSC [...], 2018; UF-A, 2023). Naquela circunstância, a UFSC e as demais instituições se comprometeram a rever seus processos de gestão, de pesquisa, de extensão e de ensino, a fim de permear a universidade inteira, por meio de políticas institucionais concretas, com a Promoção de Saúde. Essa adesão, entretanto, não se traduziu em prática. Apesar da existência de diversos projetos e ações pontuais que dialogam com estes objetivos², a UFSC ainda não foi capaz de concretizar um projeto amplo de UPS.

O advento da pandemia de Covid-19 acentuou ainda mais o anseio de procurar caminhos para integrar a atenção à saúde da comunidade universitária. A preocupação premente com a saúde mental, dadas as novas circunstâncias de exercício laboral e de ensino promovidas pelo isolamento social, promoveu o encontro de diversos profissionais das mais diferentes áreas do conhecimento e serviços existentes dentro da universidade, que desejavam diminuir as

² Embora não contemplem um projeto institucional amplo, iniciativas como a da profa. Marcela Boro Veiros no âmbito da Nutrição merecem destaque.

distâncias entre suas práticas, a fim de contemplar melhor as demandas próprias daquele tempo. Parte desse grupo, incluindo a pesquisadora, foi absorvido pela Comissão Permanente de Monitoramento da Saúde Psicológica Universitária, instituída pela Reitoria e autointitulada “Acolhe UFSC”, que atuou de forma transitória durante o período da pandemia, a fim de “dar visibilidade, suporte e ampliar as redes de serviços da UFSC referidos à atenção psicossocial” (UFSC, [2022]).

Nesse grupo, em particular, surgiram os primeiros caminhos concretos para dar forma e força de política institucional àquilo com o qual a UFSC se comprometera ao se tornar uma UPS. Os trabalhos da comissão caminharam no sentido de dar respostas mais imediatas às demandas de saúde mental, realizando pesquisas, organizando um serviço de atenção psicoterapêutica temporário e realizando o mapeamento dos demais serviços existentes, a fim de dar publicidade a eles. Em pouco mais de dois anos de trabalho, o grupo percebeu que o caráter transitório da comissão seria insuficiente para atender a comunidade universitária, afinal, muitas das demandas suscitadas durante os atendimentos e pesquisas revelavam questões que tinham se agravado na pandemia, mas que possuíam sua origem num momento anterior a ela. A comissão logo identificou a necessidade de perpetuar aquele modelo de atenção integrada, partindo, preliminarmente, de uma preocupação com a saúde mental da comunidade universitária, mas caminhando também no sentido de contemplar outras demandas de saúde.

A maturidade desenvolvida durante esses trabalhos e também em muitos trabalhos anteriores realizados pelos diversos membros, deu ensejo para a construção da Política Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde, que veio a ser lançada no ano de 2022. A Política, que foi lançada por meio da Resolução Normativa n. 163/2022/GR, tem por objetivo atender toda a comunidade universitária em suas demandas de saúde mental, atenção psicossocial e promoção de saúde, tendo como parte desse universo estudantes em todos os níveis (da Educação Infantil até a Pós-Graduação), bem como docentes, técnicos-administrativos e trabalhadores terceirizados (UFSC [...], 2022).

Para esse trabalho, a Política instituiu o Comitê Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção de Saúde, prevendo para a composição do grupo representações de todas as pró-reitorias ligadas à atividade de ensino e à gestão de pessoas, assim como das que tratam dos assuntos afetos à assistência estudantil e às ações afirmativas. Além disso, foram indicados, para a composição do Comitê, membros das representações estudantis e sindicais e também docentes e técnicos-administrativos que possuam pesquisas ou experiências com as ações elencadas pela Política.

A resolução elenca nove eixos de trabalho para as ações que serão incorporadas pela Política. Diz-se incorporadas porque as ações a serem realizadas por meio do instrumento não pretendem apenas criar intervenções completamente novas, mas agregar as forças já existentes na Universidade, integrando-as como forças únicas, dedicando-se, eventualmente, à criação de novas ações quando identificada a necessidade. Entre os eixos instituídos, há ações ligadas à saúde mental, combate às mais variadas formas de violência, comunicação e avaliação das atividades. Destaca-se aqui a presença da ação “Universidades Promotoras de Saúde”, elencada já no primeiro eixo de trabalho. É, de fato, a oportunidade institucional de levar à prática aquilo que a instituição se comprometera já em 2018³.

Tem-se aqui a causa primeira que faz surgir o interesse nessa pesquisa. Foram justo o envolvimento da pesquisadora nesse processo de implementação da Política referida na UFSC e o conseqüente adensamento das leituras a respeito da Promoção de Saúde que fizeram surgir alguns questionamentos. O que é, de onde vem e o que faz a Promoção de Saúde quando adentra o espaço universitário?

Por certo, essas indagações se levantam unidas a certa expectativa. Mais do que respostas científicas a essas perguntas, o olhar que se colocou sobre o paradigma buscava compreender se a opção por este horizonte condutor seria o melhor caminho a trilhar quando o objetivo proposto era o atendimento integral das necessidades que se levantam como demanda de saúde no cotidiano profissional. Nesse lugar, a Promoção de Saúde chega como uma via possível para alargar o olhar da Universidade e fazer a instituição se voltar para sua comunidade com uma postura de acolhida, e não de apagamento, fragmentação e individualização das demandas que surgem no cotidiano e que revelam, muitas vezes, uma dor que é comum. Apesar de uma certa inclinação a este lugar possível, não se pode deixar que a aparência, o visível, resuma a análise. É preciso transpor o véu e se deixar tocar pelos espinhos que surgem no caminho da pesquisa, buscando sempre a essência, a verdade da coisa que está sob estudo. Essa motivação, unida à aspiração científica, foi o que fundamentou a opção por realizar uma pesquisa que revelasse mais da Promoção de Saúde e de sua relação com a Universidade.

A Promoção de Saúde, antes desconhecida como objeto, tornou-se então alvo de um escrutínio explorador. Esse exercício preliminar de pesquisa revelou densos debates e diferentes posicionamentos acerca do paradigma em estudo. Na esteira do debate sanitário brasileiro,

³ No momento em que esta pesquisa é finalizada, a implementação da política encontra-se sob a responsabilidade de uma comissão transitória. Segundo a notícia mais recente, em reunião realizada no ano de 2023, a comissão transitória solicitou à Reitoria a implementação imediata do Comitê Permanente (Comissão [...], 2023).

teóricos se dividem entre defensores da Promoção de Saúde, por visualizarem nela um profícuo debate com o SUS (Buss, 2000; Czeresnia, 2003; Lefevre; Lefevre; 2004), enquanto outros a avaliam com ressalvas e críticas, observando nela caminhos para a implementação do ideário neoliberal sobre a Saúde (Stotz; Araújo, 2004; Furtado; Szapiro, 2012, 2016).

Esses embates teóricos e, em boa medida, também políticos, deram a conhecer as fortes tensões que circundam o campo promocional. Uma vez apropriado esse debate, tornou-se inevitável questionar de que forma realmente se concretiza a implementação da Promoção de Saúde nas universidades, por meio da estratégia UPS. De maneira particular, importava compreender como a Promoção de Saúde tem se conformado enquanto influência teórica, metodológica e política nas universidades públicas brasileiras. A eleição, por compreender a manifestação desse fenômeno nesse lugar específico, deu-se justamente porque é nas universidades públicas que se pode capturar elementos os quais podem rebater na realidade da UFSC, lugar no qual esse processo de pesquisa se originou.

É impossível indagar a Promoção de Saúde sem ter um horizonte quanto ao que significa saúde em si. Saúde é, conforme afirma nossa Constituição Federal, direito de todos e dever do Estado, mas ela só possui esse *status* porque, primeiramente, é reconhecida como uma necessidade humana, uma condição *si ne qua non* para o exercício de uma vida autônoma e digna, uma vida com efetiva participação social (Pereira, 2016). O reconhecimento da saúde enquanto necessidade intrinsecamente ligada à dignidade permitiu que, por meio de muitas lutas, ela fosse erigida à categoria de direito. Assume essa necessidade uma relação tão estreita com a dignidade que sua realização não pode estar circunscrita ao mercado, cujo acesso é restrito a tantos e cujo objetivo não consiste, primeiramente, no atendimento da necessidade, mas no alcance do lucro. É por isso que, no decurso da história, entre disputas sobre os meios para atendimento das necessidades tidas como essenciais, a sociedade tem incumbido o Estado da tarefa de proteger esses bens comuns a todos elencados como direitos, de onde surge sua legitimidade para essa função.

E qual é o conteúdo dessa necessidade específica chamada saúde? Certamente tão diverso quanto diversos são os seres humanos. Não há sentença que possa, ao mesmo tempo, tocar todas as especificidades nas quais ela se manifesta. No entanto, é possível dizer de onde vem a saúde: pessoas e comunidades humanas em interação, buscando atender suas necessidades objetivas, interferem na realidade, formando certo modo de se relacionar e de garantir a subsistência. Essa transformação constante da realidade, dirigida sempre por aquilo que é considerado necessidade primeira, produz condições nas quais a humanidade segue seu desenvolvimento. Tal interação humana e tais condições produzidas, a partir dessa forma

específica de interação e da busca pelo atendimento das necessidades prioritizadas, sempre acaba por tocar a saúde daqueles que vivem numa realidade particular. Pode-se dizer que a forma com a qual a humanidade interage consigo mesma e com a realidade material que a cerca é produtora de saúde ou, num sentido negativo, limitadora da realização mais plena possível da saúde. Saúde é sempre, portanto, reflexo da interação das condições nas quais vive a humanidade com as individualidades (a biologia humana) e as comunidades.

Daí que tratar saúde como uma necessidade humana a ser buscada é sempre uma discussão que aborda as condições nas quais vive a humanidade, de que forma ela se posiciona diante do mundo por meio do qual sacia suas necessidades e de que forma ela se posiciona diante de si mesma, enquanto coletivo e enquanto pessoas singulares.

Partindo dessa mesma compreensão, a Lei Orgânica da Saúde brasileira, ao tratar da saúde enquanto necessidade reconhecida como direito, afirma em seu artigo terceiro:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990).

Dessa conceituação de saúde parte a compreensão que norteia este estudo e também a expectativa que se coloca sobre a Promoção de Saúde como um paradigma.

Não é novidade a proposta de estudar a Promoção de Saúde quando inserida em alguma política pública. A título de exemplo, algumas pesquisas realizadas nas últimas décadas podem ser citadas. Em Ramiro (2009) se encontra uma análise do paradigma quando utilizado nos serviços e práticas de atenção à pessoa com obesidade. Lopes (2012), analisando os documentos que propõem a Promoção de Saúde como horizonte possível para a política de saúde no Brasil, propôs que o paradigma se constitui numa prática de biopolítica. O trabalho de Richter (2013) desenvolveu uma análise acerca da introdução dos princípios da Promoção de Saúde na educação infantil. Oliveira Lopes (2017) realizou uma avaliação dos discursos da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, buscando identificar neles elementos da Promoção de Saúde. Mota (2018) se voltou especificamente ao estudo da categoria vulnerabilidade, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS) como parte das intervenções baseadas na Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS). Mattioni (2021) realizou estudos sobre a inserção do paradigma da Promoção de Saúde na Atenção Básica do SUS. Cita-se, por fim, Camelo (2021), que avaliou o uso de princípios da Promoção de Saúde junto aos movimentos populares de periferia, quando da realização de projetos de empreendedorismo social.

Das inúmeras pesquisas identificadas no processo de construção desse projeto, nenhuma delas se deteve na análise da inserção da Promoção de Saúde no espaço universitário, motivo que, junto à inserção do paradigma na UFSC, faz urgir a necessidade da realização de um estudo mais criterioso a respeito dessa temática.

É oportuno ressaltar ainda que o campo da Promoção de Saúde, de forma geral, é pouco explorado pelo Serviço Social. Vasconcelos (2013) já o afirmou em sua tese, quando realizou uma análise a respeito da produção profissional sobre o paradigma aqui tratado. Segundo a autora, o Serviço Social tem pouca densidade no debate da Promoção de Saúde, utilizando-o de forma irrefletida e pouco crítica, muitas vezes, confundindo-o com educação em saúde em outros casos.

Não cabe nesta proposta de pesquisa atualizar sua tese, mas é oportuna a observação da produção recente do Serviço Social no Brasil a respeito do tema em produções acadêmicas. Das obras identificadas no Portal CAPES de teses e dissertações, algumas merecem destaque pela relevância para a proposta de pesquisa aqui desenvolvida. Na abordagem realizada por Silva (2012), com recorte no município de Niterói, avaliou-se o desenvolvimento da Promoção de Saúde na política de Saúde. Lucena (2015), por sua vez, realizou uma análise sobre a aplicação dos princípios da Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola. No trabalho de Abreu (2017) se encontra uma avaliação crítica da categoria intersetorialidade, um dos princípios chave para a Promoção de Saúde. Por fim, destaca-se a dissertação de Xavier (2018), na qual a autora buscou identificar tendências ideopolíticas do social-liberalismo na PNPS. Considerando a história e a profundidade do debate do Serviço Social na área da Saúde, essas poucas obras revelam com que pontualidade a profissão tem se debruçado sobre o tema, apesar da sua relevância para inúmeras políticas públicas nas quais há a presença do assistente social.

Além das produções referidas, há um sem fim de outras teses e dissertações do Serviço Social que abordam o tema, mas de forma marginal e pontual, referindo-se ao paradigma apenas para o citar como parte do referencial de uma atividade ou política pública que naquele trabalho foi abordada. Motivada pela atualidade dos achados de Vasconcelos (2013) e pela pouca profundidade do debate geral da Promoção de Saúde na Universidade, a pesquisadora deseja oferecer alguma contribuição para o avanço do debate.

Cabe aqui o questionamento a respeito do porquê o Serviço Social pode, ou mesmo deve, debruçar-se sobre esse assunto. Ora, é sabido que a profissão de Serviço Social é eminentemente investigativa e interventiva (Guerra, 2009). As aparências que surgem no cotidiano, sob a forma de demanda, sempre carregam questões que estão obscurecidas na análise primeira. Sendo a Promoção de Saúde conteúdo presente em tantas políticas públicas

nas quais o Serviço Social atua, é notório que um estudo mais demorado a esse respeito, especialmente considerando a não intimidade com o tema detectada por Vasconcelos (2013), cumpre parte nesse intento traçar o trabalho diário, tendo por norte aqueles questionamentos que fazem mover as cortinas do imediato: por que e para quê? Só esse movimento pode dar ao agir profissional o conteúdo da competência necessária e firmar o passo rumo à concretização do direito que se relaciona com o paradigma ora estudado.

Há ainda outra razão para que o Serviço Social adentre essa discussão. O termo “Promoção de Saúde”, como se verá a seguir, guarda em si um precioso debate a respeito da abordagem da influência de fatores socioeconômicos e históricos sobre a saúde⁴. Na década de 1980, quando o Brasil foi marcado por uma nova discussão que realizou a virada histórica sobre esta temática, os países centrais do norte global realizavam também a sua elaboração conceitual e política sobre a forma como a saúde é fruto das condições conjunturais da sociedade, tendo suas formulações sintetizadas na Promoção de Saúde, englobadas nas orientações da OMS e postuladas como espinha dorsal do que se denominou Nova Saúde Pública (NSP)⁵ (Carvalho,

⁴ Ficará evidenciado durante o texto a alternância das terminologias “determinantes sociais da saúde” e “determinação social da saúde”. Cabe realizar uma nota a esse respeito. A expressão “determinantes sociais da saúde”, como será visto durante o texto, é parte do vocabulário oficial da OMS desde a década de 1980 e trata dos diferentes fatores que influem sobre a saúde humana, levando em consideração os diferentes elementos históricos, sociais, econômicos, ambientais e ecológicos que se fazem presentes nas diferentes sociedades ao redor do mundo. Quando a autora se referir a textos oriundos da mesma perspectiva ou mesmo a documentos oficiais do organismo, essa será a terminologia utilizada. Segundo Breilh (2013), apesar do avanço em relação a concepções anteriores, que faziam uso apenas da determinação unicausal biológica ou da determinação em sistemas, considerando as contaminações existentes no ambiente, essa nomenclatura segue limitada, pois apenas amplia o leque fatorial de elementos a serem considerados e equilibrados para que se alcance saúde. Não está contida nessa nomenclatura, portanto, a proposta de uma compreensão multicausal sob um determinado modo de estruturação da sociedade, qual seja, a sociedade capitalista. Essa compreensão, por sua vez, está presente na terminologia determinação social da saúde. As origens do termo determinação social da saúde remontam às teorias de Rudolf Virchow, considerado um dos precursores da Medicina Social. Esse conceito adentrou as portas da América Latina por meio de Max Westenhofer, colaborador de Virchow e professor na Universidade do Chile, local onde influenciou o pensamento de Salvador Allende. Também no Equador, importantes trabalhos, como o de Jaime Breilh e Edmundo Gandra, desenvolveram o conceito e aprofundaram o debate no território latino-americano. Esse conceito influenciou ainda a construção da Saúde Coletiva brasileira, a qual, na década de 1980, forneceu as bases teórico-conceituais para o SUS (Rocha; Akerman, 2016).

⁵ O Glossário de Promoção de Saúde de 1998 da OMS traz uma definição para esse conceito: “A saúde pública é um conceito social e político que visa a melhorar a saúde, prolongar e melhorar a qualidade de vida de populações inteiras por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e outras formas de intervenção em saúde. Uma distinção foi feita na literatura de promoção da saúde entre saúde pública e uma nova saúde pública, com o objetivo de enfatizar abordagens significativamente diferentes para a descrição e análise dos determinantes da saúde e os métodos de resolução de problemas de saúde pública. Esta nova saúde pública distingue-se por se basear numa compreensão abrangente das formas como os estilos de vida e as condições de vida determinam o estado de saúde e no reconhecimento da necessidade de mobilizar recursos e fazer investimentos sólidos em políticas, programas e serviços que criem,

A., 1996). Ignorar o paradigma, portanto, é deixar intocada uma faceta de um debate que sempre foi caro ao Serviço Social.

Ao dizer que o assunto merece atenção do Serviço Social, não se quer aqui partir de um pressuposto negativo a respeito do paradigma. Como se verá adiante, são muitas as possibilidades para sua interpretação. Vasconcelos (2013) mesmo considera que há um horizonte possível para o diálogo entre o Serviço Social e a Promoção de Saúde. Também, esta pesquisa foi capaz de demonstrar que há um diálogo profícuo que se pode realizar entre a perspectiva promocional e a universidade.

Esclarecidas as motivações pelas quais esta pesquisa foi realizada e também estabelecidos alguns pressupostos, apresentam-se os objetivos e a estrutura deste estudo.

O objetivo geral consiste em compreender as diferentes conformações teóricas, metodológicas e políticas da Promoção de Saúde na estratégia UPS inserida nas universidades públicas brasileiras. Como objetivos específicos, este estudo pretendeu descrever o processo de desenvolvimento da estratégia UPS no Brasil, identificar e caracterizar as universidades públicas brasileiras que são membros da RIUPS e/ou da REBRAUPS e investigar os conceitos fundantes presentes nos documentos declaratórios da RIUPS e nas políticas institucionais de promoção de saúde das universidades federais brasileiras membro da RIUPS, a fim de buscar elementos que revelem a perspectiva de Promoção de Saúde assumida na estratégia UPS, que é incorporada nessas instituições.

Buscando dar cumprimento aos objetivos propostos, a dissertação está estruturada em quatro seções. Na primeira seção, são apresentados os fundamentos históricos da Promoção de Saúde e as tensões conceituais e políticas que a envolvem. Nos fundamentos, vemos como a Promoção de Saúde é concebida pelos seus teóricos mais tradicionais, como toda e qualquer forma de ação em saúde que vise a algo além da cura da doença já estabelecida, remontando, portanto, a períodos muito antigos na história da humanidade. Somente no século XX, como um desdobramento das ações da Medicina Social, é que ela se constituiu como um paradigma em si, sendo incorporada pelas ações da OMS no final do mesmo século. No tópico a respeito das tensões conceituais, apresenta-se o intenso debate existente entre críticos e apoiadores da Promoção de Saúde e também as diferentes correntes que historicamente se formaram no âmago do paradigma, geradas por diferentes concepções de saúde e de abordagem em saúde.

mantenham e protejam a saúde, apoiando estilos de vida saudáveis e criando ambientes favoráveis à saúde” (World Health Organization, 1998, p. 3, tradução nossa).

A segunda seção contempla o âmago deste estudo. No primeiro tópico, realiza-se o detalhamento dos procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste estudo, passando pela caracterização da pesquisa e explicando a escolha dos instrumentos, técnicas e materiais utilizados e analisados. Já no segundo tópico, procura-se expor a história da estratégia UPS, passando pela sua concepção desde a intervenção baseada em ambientes, inspirada na Carta de Ottawa, e nas experiências britânicas, até sua inserção no território brasileiro, por meio do pioneirismo da Universidade de Franca (UNIFRANCA) e do protagonismo da Universidade de Brasília (UnB). O terceiro tópico contém elementos centrais para a resposta da pergunta proposta nesta pesquisa, apresentando a avaliação dos documentos declaratórios da RIUPS, nos quais constam importantes conceitos de Promoção de Saúde, Saúde e Universidade que influenciam a realidade brasileira, bem como a análise das políticas institucionais de saúde e/ou promoção de saúde das universidades públicas brasileiras, as quais contêm a concretização da estratégia UPS e por isso fornecem importantes subsídios para a compreensão do problema escolhido.

Na terceira seção, no primeiro tópico, elementos colhidos na seção anterior são retomados e discutidos a fim de construir um panorama geral a respeito da particularidade assumida pela estratégia UPS no Brasil. Já no segundo tópico desta mesma seção, são fornecidos subsídios históricos como hipótese para a compreensão da atual situação da universidade pública no Brasil e, por conseguinte, da estratégia UPS neste mesmo território.

Por certo, este processo de estudo não foi capaz de esgotar todos os aspectos do fenômeno estudado. Nas considerações finais, alguns caminhos para pesquisas futuras são considerados. No entanto, tendo em vista o objetivo inicial que gerou esta pesquisa, considera-se que importantes contribuições para o debate foram formuladas e que, neste momento, a face da Promoção de Saúde na universidade pública brasileira é mais conhecida.

2 FUNDAMENTOS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA O DEBATE

Antes que se adentre na problemática fundamental proposta por este estudo, é imprescindível conhecer o paradigma que compõe o pano de fundo de toda a realidade a ser abordada. A seguir, procuramos apresentar aquilo que se tem por básico para compreender esta pesquisa: a história e os dilemas conceituais e políticos sobre a Promoção da Saúde. A história porque revelará o contexto do qual a Promoção de Saúde emerge e porque a estratégia UPS foi constituída. Os dilemas porque permitirão adensar o debate, revelando intensos imbróglis que precisam ser considerados no momento em que se coloca a Promoção de Saúde como horizonte. Na história e nos dilemas se encontra o âmago daquilo que se propõe discutir neste trabalho.

2.1 BREVE HISTÓRICO E DEFINIÇÕES CONCEITUAIS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Como anunciado na introdução, tratar de Promoção de Saúde é trazer à tona uma das faces da discussão sobre aquilo que se denomina determinação social. A abordagem dos elementos com os quais a vida humana interage e dos quais ela depende para além da biologia do próprio corpo possui um longo caminho na história da humanidade. As primeiras obras históricas que tratam das condições de vida como fatores relevantes para a saúde datam da Grécia Antiga. Dos tempos do Império Romano têm-se os primeiros registros de práticas de planejamento em saúde, como a realização de censos. É deste tempo também um dos primeiros registros médicos que associa renda digna e liberdade à situação de saúde da população. Os tempos coloniais imperialistas, por sua vez, fartos de episódios epidêmicos causados pelo contato abrupto entre diferentes povos, fizeram surgir práticas higienistas como políticas de prevenção contra doenças (Restrepo, 2001; Westphal, 2016).

Tempos mais tarde, durante o século XIX, a Revolução Industrial e suas nefastas consequências - evidenciadas especialmente no espantoso aumento da mortalidade geral - fez com que numerosos profissionais da Medicina se debruçassem sobre a realidade vivida pela população dos trabalhadores industriais. Dos estudos surgidos nessa época, destacam-se os de Chadwick, na Inglaterra, Alison, na Escócia, Villermé, na França, e Virchow, na Alemanha. Todos os autores, em alguma medida, contribuíram para estabelecer a correlação entre doenças, pobreza e condições de vida. Virchow, de forma particular, declarava que todas as doenças possuem duas causas: uma patológica e uma política. Em um relatório produzido a partir do estudo de uma epidemia de tifo na Prússia, defendeu que a conquista de saúde para a população

dependia da consolidação de direitos democráticos para os pobres, da emancipação das mulheres, da garantia do acesso à educação, à liberdade e à prosperidade (Labonte, 1998; Restrepo, 2001; Carvalho, S., 2004a).

Tal forma de conceber a saúde, no entanto, não prosperou como linha principal de pensamento. Avanços tecnológicos ocorridos ainda no século XIX e no início do século XX permitiram a descoberta de agentes etiológicos das doenças e também o desenvolvimento de fármacos importantes. Tais descobertas se sobrepuseram à compreensão social da doença, ao invés de caminhar lado a lado com ela, dando início a uma época de forte compreensão biologicista da saúde e de foco na terapêutica medicamentosa como forma essencial de combate às doenças (Westphal, 2016).

O avanço no combate às doenças infectocontagiosas proporcionado pelo modelo de saúde pública mencionado acima, unido a transformações sociais e econômicas significativas, garantiram à humanidade um importante aumento na expectativa de vida durante o século XX. Essas mesmas transformações sociais e econômicas, no entanto, promoveram não somente efeitos positivos pelo globo, gerando também novas e acentuadas formas de pobreza e concentração de renda, além de proporcionar o surgimento das doenças crônico-degenerativas e das doenças crônicas não transmissíveis, ocasionadas pelo envelhecimento da população e pela mudança geral de hábitos, impulsionada pelas novas formas de consumo e pelos novos padrões de vida. Neste mesmo período, o modelo de produção econômica assumiu ainda uma postura predatória com relação aos recursos naturais, fazendo surgir novos riscos ambientais que impactam diretamente a saúde dos povos. A soma desses fatores criou condições, as quais o modelo biologicista, conhecido como modelo biomédico, ofereceu apenas respostas cada vez mais especializadas e técnicas em termos de combate às doenças, respostas essas que se tornaram cada vez mais custosas em termos financeiros, gerando um grave problema estrutural para os sistemas de saúde dos países. Não se pode negar a relevância de tal forma de conhecimento, mas o fato é que o foco exclusivo sobre a etiologia e a terapêutica da doença, eixos centrais do modelo biomédico, revelou-se cada vez mais insuficiente para pensar a saúde como necessidade humana inserida num determinado contexto histórico e local (Westphal, 2016; Carvalho, A., 1996).

Tais desafios econômicos, políticos e sociais, unidos à mudança no perfil epidemiológico da população, oportunizaram o aparecimento de novas formas de conceber e abordar a saúde. Entre os novos paradigmas surgidos dessa conjuntura, destaca-se aqui a

Promoção de Saúde, considerada como a espinha dorsal da NSP, em nível internacional (Carvalho, S., 2004a)⁶.

Segundo Buss (2000), a Promoção de Saúde tem como elemento fundamental de sua estrutura a consideração da relevância do social na determinação do processo saúde-doença. Tal corrente visualiza a saúde como produto direto de diversos elementos que compõem a vida humana, tais como a nutrição, a habitação, o saneamento, boas condições de trabalho, a educação, bons estilos de vida⁷, a vivência em ambientes salubres, a assistência às famílias e aos indivíduos, em resumo, o que o autor chama de fatores associados à qualidade de vida. Buss afirma que a Promoção de Saúde, em função de tal compreensão ampliada dos diversos fatores que influenciam a saúde, influencia a criação de políticas públicas e a construção de ambientes saudáveis, além de favorecer o reforço das capacidades das comunidades e dos indivíduos. Por esse posicionamento, Marcondes (2004) afirma que a Promoção de Saúde se coloca como uma oposição direta à proposta de medicalização da vida, sustentada pelo modelo biomédico, e como fator contributivo para a construção de uma posição crítica com relação à forma como se constroem as relações sociais.

Czeresnia (2003) considera que a Promoção de Saúde realiza uma mudança favorável ao protagonismo dos cidadãos no exercício do seu direito à saúde. Enquanto no modelo biomédico o ser humano era considerado apenas como hospedeiro de um agente, tratado como “máquina a ser consertada” (Labonte, 1993), no paradigma promocional o reforço das capacidades das comunidades e indivíduos é tido como caminho para o protagonismo e para o conhecimento das relações e elementos que perpassam a saúde dos cidadãos, procurando favorecer a capacidade de escolha. Tal corrente apresentou uma significativa contribuição para romper a concepção da doença como fatalidade e da saúde como horizonte a ser buscado para

⁶ Além da oportunidade em termos conjunturais, a Promoção de Saúde é fruto também do desejo da OMS de tomar a frente da orientação sobre a nova forma de abordar a saúde. Essa busca pela hegemonia no processo de conceber a saúde também como fruto de processos sociais e econômicos gerou ainda outros movimentos por parte da agência, como a Atenção Primária em Saúde, o “Saúde para todos”, os Objetivos do Desenvolvimento Saudável. Essa temática será retomada no tópico 3.2, quando da explicação do surgimento da estratégia UPS.

⁷ O estilo de vida, segundo Buss (2002), é composto pelas características de uma pessoa ou pequeno grupo, como uma família, que tem determinadas características biológicas, determinados hábitos, um trabalho, um local de habitação, normas e valores sociais específicos, o que compõe a sua singularidade. O estilo de vida dialoga sempre com as condições de vida do grupo maior no qual aquele grupo particular se insere dentro da sociedade, estando incluídas nessas condições a sua posição na sociedade, a sua forma de se reproduzir material e culturalmente, a sua relação com os outros grupos sociais. A união das diversas condições de vida dos variados grupos de uma sociedade forma o que Buss chama de modo de vida. O modo de vida é expressão das condições políticas e econômicas de um dado momento histórico num certo lugar, fruto dos processos históricos e da formação cultural.

combater essa fatalidade. Nessa ruptura, o olhar é deslocado do corpo doente na sua exclusiva individualidade para ser posicionado sobre a relação do corpo e da sua individualidade com a sociedade. Por esse motivo, é possível afirmar que a Promoção de Saúde retoma a tradição da Medicina Social do século XIX (Lefevre; Lefevre, 2004; Carvalho, S., 2004a).

A Promoção de Saúde contribui para a compreensão da saúde como um processo dinâmico e socialmente produzido, abandonando o conceito de saúde como ausência de doença e depositando sobre os fatores sociais e econômicos que interferem diretamente na saúde da população o foco das intervenções. Tal ambição é reconhecida como uma árdua tarefa, visto que pretende não negar os avanços científicos proporcionados pelo modelo biomédico, mas os ressignificar e ressignificar também a sua preponderância no processo saúde-doença. O arcabouço promocional sugere que a doença seja compreendida como expressão de uma questão que também é política e filosófica, sem negar a necessidade de recorrer a métodos técnicos quando esses se fizerem necessários. Essa compreensão em totalidade da doença procura obstruir também o avanço da compreensão da saúde como um elemento a ser adquirido de forma individual por meio do mercado, do consumo de bens relacionados à saúde (Buss, 2000; Lefevre; Lefevre, 2004).

A Promoção de Saúde é, portanto, uma oposição direta ao modelo focado estritamente na cura ou mesmo apenas na prevenção específica de uma doença. A título de nota, cabe destacar que a Promoção de Saúde difere da Prevenção em Saúde, em alguns aspectos. Enquanto a Promoção procura intervir sobre as condições de vida a fim de garantir qualidade de vida para a população, a Prevenção é a ciência que se debruça sobre uma doença ou um agravo específico, procurando suas causas, a fim de evitar sua ocorrência (Czeresnia, 2003; Buss, 2003). Há uma divergência na literatura quanto a essa definição. Schneider (2015) argumenta que essa compreensão dicotômica entre Prevenção e Promoção de Saúde é equivocada. Em sua perspectiva, a Prevenção atua com doenças e com situações de risco, contemplando uma intervenção nos fatores que condicionam a saúde em nível microestrutural, enquanto a Promoção seria a intervenção nas questões macroestruturais, sem deixar de contemplar as ações afetas à Prevenção. A Promoção, nesta linha, é compreendida como um “guarda-chuva” sob o qual a Prevenção se encontra.

O paradigma, diante da perspectiva focada na prevenção de doenças específicas, é considerado "uma reação "positiva" a esse modo "negativo" de conceber a saúde: a visão "positiva" apontaria para uma percepção ampliada, integrada, complexa, intersetorial, relacionando saúde a meio ambiente, ao modo de produção, ao estilo de vida etc." (Lefevre; Lefevre, 2004, p. 26). Por causa dessa retomada da observação a respeito do quanto a saúde é

moldada pelas condições socioeconômicas e históricas – e não somente pelas condições biológicas individuais - alguns autores, como Lefevre e Lefevre (2004), veem na Promoção de Saúde uma oportunidade de resgate da perspectiva progressista da Saúde Pública. Tal perspectiva segue na contemporaneidade ofuscada pelos constantes avanços tecnológicos e cada vez mais especializados que procuram intervir sobre a saúde humana e as doenças manifestas no corpo humano. Esses autores argumentam que por meio da Promoção de Saúde se pode contribuir para visualizar a doença como símbolo, como expressão da forma desequilibrada com a qual a humanidade tem vivido na sua individualidade, na sua coletividade, no seu modo de produzir e na sua forma de se relacionar com o meio ambiente.

Para levar à prática este projeto, a Promoção de Saúde contempla em seu ideário a elaboração de políticas públicas que considerem o direito à saúde, independente do conteúdo específico a ser tratado. A partir dessa formulação, qualquer política, seja de educação, de moradia, de segurança pública, ou de qualquer outro tema, deverá sempre considerar os elementos de saúde que lhe perpassam. A essa formulação dá-se o nome de políticas públicas saudáveis. Tais ações se operacionalizam especialmente em nível local. Uma das iniciativas ligadas à Promoção de Saúde que contemplam esse modo de gestão é a estratégia Municípios Saudáveis⁸ (Buss, 2000).

Essa integração de todas as políticas públicas traz à tona outro elemento central para a Promoção de Saúde, a intersetorialidade, a qual o poder público deve favorecer, estimulando o diálogo entre os serviços relacionados aos direitos mantidos pelo Estado e entre as demais instituições da sociedade civil. Por meio desse diálogo, conhecimentos das mais diversas áreas, os quais de alguma forma possam contribuir para a questão levantada como necessidade, poderão colaborar para o resguardo do direito à saúde. Além das intervenções pela via da garantia dos direitos, a Promoção de Saúde tem também como horizonte favorecer a opção por estilos de vida mais saudáveis (Buss, 2000; Lefevre; Lefevre, 2004).

Acrescenta-se a esse projeto o estímulo à intensa participação popular. Buss (2000), ao colocar elementos para a prática da gestão em Promoção de Saúde, dispõe que um território guiado por esses princípios deve favorecer a criação de fóruns para identificação das necessidades da população, bem como manter tais espaços para estimular o controle social das políticas públicas. Esse engajamento da população deve ser estimulado por meio de ações de comunicação e educação em saúde. Por meio da informação, a população terá oportunidade de

⁸ Para mais informações a respeito das origens da ação Municípios Saudáveis, ver tópico 4.1.

compreender melhor as questões de seu interesse e direito, permitindo a participação com qualidade (Buss, 2000).

A Promoção de Saúde, como se verá a seguir, não tem sua origem no território brasileiro, nem mesmo no território latino. Apesar disso, fica evidenciada a sua similaridade com o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, especialmente no que tange à consideração mais ampla a respeito dos fatores socioeconômicos e históricos e sua influência sobre a saúde. Por esse motivo, a corrente não encontrou dificuldades para adentrar o Brasil e o SUS (Campos; Barros; Castro, 2004).

É esse paradigma que, após o seu desenvolvimento conceitual e político, adentrará o espaço universitário sob a forma da estratégia UPS. Considerando sua relevância para este estudo, vale a pena determo-nos mais demoradamente sobre sua história.

Para localizar a Promoção de Saúde na história, é preciso retomar obras que datam do início do século XX. Um dos pioneiros a se referir ao tema foi o bacteriologista norte-americano Charles-Edward Amory Winslow. Em artigo publicado no ano de 1920 - “*The Untilled Fields of Public Health*”⁹ - Winslow apresentou uma conceituação de Saúde Pública na qual a promoção de saúde estava englobada. Nessa definição, promoção de saúde foi apresentada como o esforço da comunidade organizada, visando ao alcance de políticas que melhorem os níveis de saúde da população, também a realização de programas educativos voltados aos indivíduos, bem como a criação de uma estrutura social que assegure níveis de vida adequados e proporcionem a melhora da saúde do povo em geral (Buss, 2003).

Duas décadas depois, em 1946, o médico Henry Sigerist, adepto da Medicina Social, retomou o uso do termo, incluindo-o em sua definição a respeito das quatro tarefas essenciais da Medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Segundo Sigerist, a promoção de saúde contempla o acesso à educação, à cultura física, ao descanso, ao lazer, a boas condições de vida em geral e também a boas condições de trabalho. Para o autor, tais condições poderiam ser garantidas somente por meio do esforço coordenado das entidades sindicais, dos profissionais médicos, do setor empresarial e dos educadores (Buss, 2000).

Um conceito de promoção de saúde também pode ser encontrado no livro “Medicina Preventiva” de Leavell e Clark (1977), na qual os autores desenvolvem o conceito de história natural da doença. Na obra, descrevem a promoção de saúde como um nível de uma das etapas

⁹ Ver WISLOW, C-E. A. The Untilled Fields of Public Health. **Science**, New Series, [s .l.], v. 51, n. 1306, p. 23-33, jan, 1920. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1645011>. Acesso em: 22 mar. 2023.

das ações de prevenção em saúde, especificamente, das ações de prevenção primária. A prevenção primária, nessa obra, seria composta por ações cuja intencionalidade estaria voltada à busca por bons níveis de vida em termos gerais, sendo a educação em saúde uma estratégia central para o alcance desse intento (Buss, 2000).

Para além da promoção de bons níveis gerais de saúde, estava também a intenção de favorecer a proteção por meio da construção de barreiras entre o indivíduo e o agente patológico. Essa intervenção seria facilitada quanto mais avançado fosse o conhecimento da história natural da doença a ser tratada. Leavell e Clark (1977) afirmam que a promoção de saúde atinge esse objetivo por meio do estímulo a um bom padrão de nutrição, ajustado às diferentes fases da vida, também por meio das ações de educação em saúde, que podem ser realizadas de forma grupal ou individual durante o aconselhamento na consulta médica, bem como mediante ao incentivo à convivência comunitária, à garantia de moradia adequada, de boas condições no trabalho e no lar, à realização de aconselhamento sexual pré e pós nupcial e à realização de exames periódicos. Os autores também comentam os futuros ganhos que o avanço nos estudos da genética pode proporcionar à promoção da saúde. Buss (2000) observa que a concepção defendida na obra resume a promoção de saúde à orientação sobre a conduta dos indivíduos e famílias, não dando o devido enfoque aos elementos sociais que influenciam a saúde¹⁰. Além disso, ressalta também que Leavell e Clark (1977) focam, sobremaneira, nas doenças infectocontagiosas, preterindo as doenças crônicas degenerativas.

Os conceitos ora apresentados são reflexos dos intensos debates acadêmicos ocorridos durante o século XX, concentrados especialmente a partir da década de 1960, que se voltaram à identificação de determinações sociais para a saúde e para a doença e aos possíveis caminhos para a criação de uma metodologia para a abordagem clínica que os considerasse. Essas discussões ganharam novo corpo em nível internacional na década de 1970, quando, extrapolando o campo acadêmico, as discussões a respeito das ações para promoção de saúde se tornaram pauta em dois momentos bastante significativos: as expedições da OMS na China e o lançamento do Informe Lalonde no Canadá (Buss; Ferreira, 2002).

As expedições da OMS realizadas na China ocorreram entre os anos de 1973 e 1974. Seu objetivo era conhecer a organização local das atividades de saúde pública, especialmente

¹⁰ É importante ressaltar que os autores reconhecem a presença de fatores socioeconômicos entre os ditos agentes patológicos, mas, ao relatarem em que consiste a promoção de saúde, não discutem como este tipo de agente poderia ser combatido: “Portanto, os fatores ambientais na causalidade da doença não podem ser relacionados apenas com os aspectos físicos do meio ambiente, mas também com os fatores sociais, econômicos e biológicos que vão contra a saúde física e mental do homem” (Leavell; Clark, 1977, p. 16).

as promovidas em meio rural pelos chamados “Comitês Comunais”. Desde 1965, a China vinha desenvolvendo nesse espaço uma série de ações de atenção à saúde no nível mais básico, envolvendo toda a comunidade. As atividades incluíam a promoção do cuidado comunitário aos idosos, o incentivo à criação de indústrias comunitárias, a organização das escolas e de outros serviços essenciais, a educação do povo para estimular hábitos de cuidado à saúde ambiental e pessoal, o estímulo ao uso de ervas medicinais no tratamento dispensado às doenças, a organização do policiamento, do controle de tráfego e de incêndios, além da construção de unidades rurais de saúde. Tais ações eram baseadas num alto envolvimento da comunidade local, por meio dos Comitês Comunais, que era sempre orientada por um profissional da Medicina (Buss; Ferreira, 2002).

A forma de atenção à saúde observada, pouco tradicional para a época, conquistou o interesse da OMS. Poucos anos mais tarde, os resultados obtidos na expedição foram utilizados para as discussões que deram origem ao movimento internacional para promoção da Atenção Primária em Saúde (APS), durante a Conferência de Alma Ata. Não apenas a APS se beneficiou da expedição, mas também a protoforma daquilo que viria a ser o movimento para a construção da Promoção de Saúde também encontrou neste evento as suas raízes (Buss; Ferreira, 2002).

O segundo momento crucial para a transformação da promoção em saúde, que a fez deixar de ser meramente uma discussão acadêmica da Medicina no mundo ocidental para se tornar um paradigma geral a ser difundido para os sistemas de saúde pelo mundo, foi a publicação do Informe Lalonde, em 1974, e também do seu sucessor, o Relatório Epp, em 1986, ambos documentos canadenses (Buss, 2000).

O Informe Lalonde, alcunha do documento “*A new perspective on the health of Canadians*” (1974), foi escrito pelo então Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá Marc Lalonde. A escrita do documento foi baseada na avaliação realizada por Lalonde sobre o panorama geral da saúde dos canadenses, na qual considerou que a política de saúde estava demasiadamente direcionada para a atenção médica, baseada na busca da cura após o adoecimento. No documento, inúmeros dados referentes aos índices de mortalidade no país são apresentados, a partir dos quais são feitas conclusões de que apenas a atenção curativa não é capaz de garantir bons níveis de saúde para a população. Além de ineficaz, essa abordagem é considerada como financeiramente dispendiosa para os cidadãos e para o governo.

Lalonde sugere então uma “nova perspectiva” para a saúde no Canadá. Inspirado no quadro de análise para questões de saúde proposto por Laframboise (1973), o ministro apresenta os elementos que compõem o que ele denomina “campo da saúde”: a biologia humana, os estilos de vida, o ambiente e os serviços de cuidado em saúde. O documento chama a atenção

justamente por alargar o horizonte categorial sanitário, demarcando como essenciais outros determinantes para além da biologia humana, permitindo assim o abarcamento de fatores externos ao cuidado do corpo. O ministro, retomando os dados sobre mortalidade, justifica que a maior parte da causa dos adoecimentos se encontra nos três primeiros elementos centrais - biologia, estilos de vida e ambiente - enquanto os maiores investimentos governamentais e dos cidadãos de forma individual eram depositados no sistema de saúde, a fim de buscar a cura de doenças que já estavam presentes. Esse descompasso no direcionamento da atenção à saúde no Canadá demonstrou certa ineficácia das intervenções até então realizadas e indicou a necessidade de reorientar as práticas.

Para isso, Lalonde propôs o envolvimento dos profissionais e instituições de saúde, do governo em todas as esferas, das empresas e dos sindicatos, da comunidade científica, do sistema educacional, das associações voluntárias e do povo canadense. Propondo inspirar novos rumos à política de saúde no país, o ministro elenca cinco estratégias centrais, as quais nortearão o Canadá nos anos seguintes: promoção de saúde, regulação oficial por parte do governo, incentivo à pesquisa, reorganização dos cuidados em saúde, visando a uma maior eficiência e definição de metas.

O lançamento do Informe Lalonde inaugurou o movimento contemporâneo da Promoção de Saúde. Sua influência reverberou especialmente nos países então tidos como desenvolvidos, como os Estados Unidos da América (EUA) e alguns países europeus, e já se fez presente na 34.^a Assembleia Geral da OMS, quando os determinantes da saúde foram englobados no 7º Programa de Trabalho do órgão, o qual pautou as ações que foram realizadas entre os anos de 1984 e 1989 (Buss; Ferreira, 2002)¹¹.

¹¹ Ao mesmo tempo em que se desenvolvia o conceito de Promoção de Saúde nos países tidos como centrais, os países latino-americanos, influenciados pelas discussões da Medicina Social e da Reforma Sanitária Italiana, também realizavam uma discussão a seu modo a respeito das questões sociais e econômicas que influenciam diretamente a produção de saúde. Essas discussões, realizadas em paralelo, mas em passo diverso, não se relacionaram durante algum tempo. O posterior encontro da Medicina Social latino-americana com a Promoção de Saúde teve como fruto um denso embate conceitual. Isso porque, como será afirmado a seguir, a abordagem inicial baseada na Promoção de Saúde se direcionou mais à alteração dos comportamentos identificados como não saudáveis do que na reflexão sobre as relações sociais e econômicas que formavam o emaranhado da conjuntura na qual as doenças surgiam e eram vividas. A discussão desenvolvida na América Latina, por sua vez, procurou realizar uma abordagem da determinação social da saúde, ou seja, considerando justo esse prisma negligenciado pelos países centrais, destacando as relações socioeconômicas baseadas no capital como base para a compreensão das demandas relacionadas à saúde e do atendimento a essas dispensado. É preciso destacar que mesmo nos países desenvolvidos a discussão a respeito da influência de fatores socioeconômicos e históricos sobre a saúde não foi unânime. No Reino Unido, o relatório *The Black Report*, lançado em 1980 pelo Departamento de Saúde e Seguridade Social, apresentou uma tese relacionando as causas de mortalidade e adoecimento com a desigualdade social existente no território (Buss; Ferreira, 2002).

Partindo das experiências observadas no Canadá e na China e dos estudos realizados desde a década de 1960 sobre a forma como a saúde é social, econômica e historicamente determinada, a OMS realizou, no ano de 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata, na então União Soviética, buscando dar novos rumos para a Saúde Pública em nível internacional (Buss; Ferreira, 2002). Do produto do encontro - a Declaração de Alma Ata - pode-se destacar o rechaço da concepção de saúde como ausência de doença e o seu reconhecimento como direito humano fundamental. O documento ressaltou a profunda desigualdade em vários níveis existente entre os países e colocou a saúde como premissa para o desenvolvimento social e econômico, declarando como objetivo o alcance de saúde para todos nos anos 2000. Para o alcance desse ideal, propôs uma série de medidas, das quais se destaca a educação em saúde, o envolvimento de todos os setores econômicos e sociais da sociedade e a máxima participação individual e comunitária. Esses fundamentos demonstram a grande proximidade das conclusões de Alma Ata com os princípios da Promoção de Saúde (Brasil, 2002).

No Canadá, por sua vez, o Informe Lalonde causou um profundo impacto na política de Saúde, fazendo o tema ser retomado por Jake Epp, o novo ministro da Saúde e Bem-estar, na conferência “Além do Cuidado em Saúde”, realizada em 1984. No evento, os princípios da Promoção de Saúde foram novamente discutidos e novos conceitos foram consolidados: a política pública saudável e a cidade saudável (Carvalho, S., 2004a). Ainda no mesmo ano, mirando a internacionalização do conceito, a OMS, por meio do seu escritório regional da Europa, lançou um relatório de trabalho no qual outros conceitos fundantes para a Promoção de Saúde foram elencados, antecipando aquilo que viria a ser consolidado na primeira conferência internacional sobre o paradigma:

- 1) a necessidade de transformar as condições de vida dos mais desfavorecidos;
- 2) a defesa do envolvimento e participação da população nas decisões referentes ao cotidiano do setor de saúde;
- 3) a importância das ações intersetoriais;
- 4) a priorização das ações voltadas à capacitação de indivíduos e coletivos para a tomada de decisões e
- 5) importância dos profissionais dos serviços de Atenção Primária em Saúde para a educação e a defesa da saúde (Carvalho, S., 2013, p. 56-57).

Ainda no contexto canadense, os conceitos de Promoção de Saúde foram aprofundados no documento “*Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*” (1986), popularizado sob o nome de Relatório Epp. Nele, o ministro Jake Epp consolidou a Promoção de Saúde como horizonte da política sanitária do país, ressaltando que a experiência acumulada durante os anos anteriores demonstrou o potencial da corrente.

No documento, o ministro elencou três eixos centrais para a Promoção da Saúde, os quais muito influíram nas discussões em nível internacional que ocorreram a partir daquele mesmo ano:

Acreditamos que os três mecanismos intrínsecos à promoção da saúde são: - o autocuidado, ou seja, as decisões e ações que o indivíduo toma no interesse de sua própria saúde; - ajuda mútua, ou as ações que as pessoas tomam para ajudar umas às outras; e - ambientes saudáveis, ou a criação de condições e ambientes favoráveis à saúde (Canadá, 1986, *tradução nossa*)¹².

Baseado nesses mecanismos, o ministro apontou três estratégias que deveriam orientar as ações de saúde no país nos próximos anos: a promoção da participação popular, para o alcance do autocuidado e da ajuda mútua, o fortalecimento dos serviços comunitários de saúde, a partir do redirecionamento do atendimento às demandas mais urgentes e do envolvimento da população no planejamento dos serviços, e a criação de políticas públicas saudáveis, ou seja, todas as políticas públicas - “segurança de renda, emprego, educação, moradia, negócios, agricultura, transporte, justiça e tecnologia” (Canadá, 1986, *tradução nossa*) - devem estar orientadas para os mesmos objetivos de saúde, a fim de favorecer as escolhas saudáveis da população.

Vale destacar que as experiências desenvolvidas no Canadá, apesar do enfoque lançado sobre as questões econômicas e sociais, não obtiveram de imediato o êxito no desenvolvimento de uma abordagem ampla sobre a saúde. Buss e Ferreira (2002) relatam que a Promoção de Saúde canadense acabou por principiar uma série de ações voltadas apenas ao comportamento dos indivíduos, o que a fez ser alvo de duras críticas. Epp já sinaliza essa limitação percebida em seu relatório:

Sabemos que existem certos dilemas inerentes à promoção da saúde. Por exemplo, não podemos convidar as pessoas a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, em seguida, voltar atrás e culpá-las por doenças e deficiências resultantes de circunstâncias sociais e econômicas mais amplas. Tal atitude de ‘culpar a vítima’ é baseada na noção irrealista de que o indivíduo tem o controle final e completo sobre a vida e a morte (Canadá, 1986, *tradução nossa*)¹³.

¹² “We believe that the three mechanisms intrinsic to health promotion are: - self-care, or the decisions and actions individuals take in the interest of their own health; - mutual aid, or the actions people take to help each other cope; and - healthy environments, or the creation of conditions and surroundings conducive to health” (Canadá, 1986).

¹³ “We are aware that there are certain dilemmas inherent in health promotion. For example, we cannot invite people to assume responsibility for their health and then turn around and fault them for illnesses and disabilities which are the outcome of wider social and economic circumstances. Such a "blaming the victim" attitude is based on the unrealistic notion that the individual has ultimate and complete control over life and death” (Canadá, 1986).

Heidmann *et al.* (2006) consideram que o Relatório Epp buscou superar essas limitações, enfatizando a produção da saúde a partir dos fatores sociais e econômicos, isso o fez considerar elementos como pobreza, desemprego, habitação precária e outras desigualdades econômicas e sociais como centrais no processo de compreensão do estado de saúde da população canadense e nas estratégias a serem adotadas na política sanitária.

Como resposta às metas estabelecidas na Conferência de Alma Ata, 38 países - em sua maioria centrais desenvolvidos - realizaram em 1986 a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde na cidade de Ottawa. A conferência ocorreu sob o patrocínio da OMS, a qual já vinha realizando ações regionais no intuito de desenvolver esse novo marco conceitual para a saúde pública global. Na ocasião, uma carta foi lançada, abordando formalmente pela primeira vez a definição de Promoção de Saúde.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Organização Mundial da Saúde, 1986, p. 1).

Outros conceitos referentes ao paradigma também foram apresentados no documento. Fatores políticos, socioeconômicos e ambientais, para além dos comportamentos individuais, foram elencados como essenciais para o desenvolvimento dos níveis de saúde de um país, tais como paz, alimentação, renda, habitação, educação, justiça, equidade, recursos sustentáveis e um ecossistema saudável. A carta também reforçou a necessidade do envolvimento das mais variadas políticas públicas com a saúde da população e referiu ainda que todos os setores de cada país, entre eles governo, empresas, organizações voluntárias, além de toda a população, deveriam estar comprometidos com as mesmas metas referentes à saúde. Para tanto, destacou a necessidade de fomentar o incremento de poder às comunidades e atores sociais, a fim de favorecer a participação popular nas decisões referentes à saúde pessoal e comunitária. O documento mencionou também a necessidade de reorientar os serviços de saúde, a fim de que suas abordagens deixassem de ser voltadas exclusivamente ao adoecimento e passassem a realizar uma atenção integral às necessidades de cada pessoa (Organização Mundial da Saúde, 1986).

O conteúdo da Carta de Ottawa pode ser resumido em cinco campos centrais de ação. O primeiro deles, as políticas públicas saudáveis, já citadas anteriormente, refere-se ao projeto para fazer perpassar todas as políticas públicas com as preocupações relacionadas à saúde. O segundo, a criação de ambientes favoráveis à saúde, consiste no espaço concebido a partir do engajamento geral das políticas públicas nas questões afetas à saúde, unindo a essas o engajamento na preservação dos recursos naturais, a construção de ambientes de trabalho que sejam favoráveis para a saúde, a criação de espaços de lazer, criando lugares que promovam qualidade de vida. O reforço da ação comunitária significa o fomento à participação popular por meio do fortalecimento das organizações comunitárias, a luta para criação de espaços de pressão para manifestação dos interesses e necessidades da população, focado especialmente naqueles que tradicionalmente são excluídos do processo decisório. O quarto campo, o desenvolvimento de habilidades pessoais, visa à disseminação de informações para favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis. Por fim, o campo da reorientação dos sistemas de saúde, por meio do qual se propugna a ampliação do acesso aos serviços, o abandono do foco na clínica e na urgência e o fomento à pesquisa em saúde (Organização Mundial da Saúde, 1986). Buss (2000) considera que o documento, a partir desses eixos centrais, procurou dar uma nova forma à Promoção de Saúde, abandonando a ênfase sobre o comportamento individual e atribuindo o desenvolvimento da saúde à tessitura da sociedade. Marcondes (2004) também destaca que a Carta apresentou avanços no que se refere ao conceito de saúde, apresentando-a como processo, não como estado de completo bem-estar, termo presente ainda em Alma Ata.

A conferência realizada em Ottawa foi sucedida por outras, as quais também ofereceram contribuições para a conceituação de Promoção de Saúde. Destacamos a seguir duas delas, a conferência internacional realizada em Sundsvall, por um conceito nela melhor desenvolvido e também a conferência sub-regional de Bogotá, pela relação que apresenta com o território latino.

A Conferência Internacional de Sundsvall, realizada na Suécia, no ano de 1991, abordou o impacto das desigualdades sociais sobre o tema da saúde. Em seu documento final, destacou quatro dimensões como essenciais para o desenvolvimento da Promoção de Saúde: a dimensão social, incluindo as questões culturais, a dimensão política, na qual reforçou a necessidade da participação democrática, a dimensão econômica, a partir da qual indicou a necessidade de maior alocação de recursos financeiros para a saúde e o compromisso com o desenvolvimento sustentável, e a dimensão da participação da mulher, ressaltando a necessidade da inclusão da população feminina em espaços decisórios (Organização Mundial da Saúde, 2001b).

A conferência apresentou também um conceito mais detalhado de “ambiente saudável”. Essa categoria tem especial relevância para esta pesquisa, pois foi a partir dela que a estratégia UPS se estruturou.

No contexto da saúde, o termo ‘ambientes favoráveis’ refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo alcança os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer. Também engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão. As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde têm diferentes dimensões: física, social, espiritual, econômica e política. Estas dimensões estão intrinsecamente ligadas em uma interação dinâmica (Organização Mundial da Saúde, 2001b, p.23).

A Conferência Sub-Regional de Promoção de Saúde de Bogotá, por sua vez, realizou-se no ano de 1992, sendo a primeira conferência realizada em solo latino-americano e também a primeira a tratar das particularidades encontradas na América Latina para a efetivação da Promoção de Saúde. Participaram da conferência 21 países, incluindo o Brasil. A carta de Bogotá contém em seu texto denúncias a respeito das profundas desigualdades na região, ressaltando os efeitos da crise e das políticas macroeconômicas de ajuste. A carta também denuncia a violência presente no continente como fonte de adoecimento e sinaliza como fragilidade as democracias recém recuperadas dos países. Como indicações estratégicas, o documento cita a importância da mudança de conduta política dos dirigentes dos países, da necessidade de investimento e orientação dos sistemas de saúde, conforme os pressupostos da Promoção de Saúde e da atenção às demandas sociais como prioritárias diante das econômicas (Organização Pan-Americana de Saúde, 2001).

No decorrer dessas conferências e nas demais que se realizaram¹⁴, novos elementos foram suscitados como componentes da Promoção de Saúde, tais como: a relevância do impacto das ações dos países desenvolvidos sobre a saúde nos países subdesenvolvidos; a ênfase em políticas voltadas à mulher, à alimentação e à dependência química; a contribuição das populações indígenas para o conhecimento da biodiversidade e a preservação ambiental; e o envolvimento dos meios de comunicação com as metas de saúde (Buss; Ferreira, 2002).

No Brasil, de forma particular, a discussão a respeito da influência de fatores socioeconômicos e históricos sobre a saúde, elemento central para a Promoção de Saúde, já se fez presente de forma bastante consolidada no ano de 1986, durante a VIII Conferência

¹⁴ Além das conferências já citadas, em nível internacional, foram realizadas outras até o presente momento: Adelaide (1988), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsinki (2013), Xangai (2016). A última conferência, realizada em 2021 com o apoio dos Emirados Árabes, ocorreu de forma virtual devido à pandemia de covid-19.

Nacional de Saúde. Embora essa discussão tenha se fundado em bases teóricas e políticas bem diversas das que embasaram a Promoção de Saúde, autores como Buss (2000), Czeresnia (2003) e Carvalho, Westphal e Lima (2007) consideram que esses eventos favoreceram a aproximação do país com o debate global sobre a corrente promocional.

De fato, logo após sua participação na Conferência Sub-regional de Promoção de Saúde em 1992, discussões a respeito da criação de ambientes saudáveis foram realizadas no país, ocasião em que ocorreu o diálogo com a estratégia Municípios Saudáveis, sobre a qual se dirá mais a seguir. Outros projetos como o Comunidades Solidárias¹⁵ e a Agenda 21¹⁶ também foram desenvolvidas a partir de conceitos da Promoção de Saúde. Além dessas iniciativas, os princípios do paradigma também influenciaram a reformulação da Vigilância em Saúde e a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Buss, 2000; Carvalho, S., 2004a).

A entrada da Promoção de Saúde no país não se deu sem certa tensão. Como já afirmado, as discussões sobre determinação social da saúde realizadas na VIII Conferência Nacional de Saúde possuíram um fundamento diverso, o qual introduziu no país o movimento da Saúde Coletiva. Os coletivistas, diante do paradigma promocional, realizaram duras críticas ao seu histórico de intervenções comportamentais e também ao seu uso politicamente interessado para promover consenso diante de certas demandas de saúde que evidenciam desigualdades mais profundas (Carvalho; Westphal; Lima, 2007; Stotz; Araújo, 2004)¹⁷.

¹⁵ O programa Comunidades Solidárias foi um projeto do governo de Fernando Henrique Cardoso que visava a propor uma nova forma de organização das ações de assistência social, utilizando, para isso, parcerias com organizações não governamentais e empresas. O Comunidades Solidárias partia do entendimento de que o Estado era incapaz de prover todos os serviços necessários para dar conta das situações de pobreza, à época ainda mais expressivas no país, e que por isso se fazia necessário o estabelecimento de parcerias. O programa foi criticado por sua abordagem focalizadora em relação ao atendimento das demandas sociais e também por interpretar a política pública de Assistência Social, a Lei Orgânica de Assistência Social, como gasto a ser alvo da reforma gerencial do Estado. (Peres, 2005). A proximidade com a Promoção de Saúde está em um de seus motes: organizar a capacidade da sociedade de se auto-organizar. A expressão possui profunda similaridade com o conceito apresentado em Ottawa: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (Organização Mundial da Saúde, 1986, p. 1).

¹⁶ A Agenda 21 é um documento fruto da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento ocorrida em 1992, na cidade do Rio de Janeiro. No documento, países participantes da conferência firmaram compromissos e metas para vários setores da sociedade (governos, empresas, universidades etc.) para tratar das questões socioambientais, mirando a construção de uma forma de desenvolvimento sustentável. A Agenda 21 Global foi utilizada como inspiração para a criação da Agenda 21 Brasileira, que se multiplicou em agendas locais nos municípios para regionalização das estratégias (Martins *et al.*, 2015). O desenvolvimento sustentável, tema central da Agenda 21, é um dos focos da abordagem baseada na Promoção de Saúde em sua versão consolidada a partir de Ottawa.

¹⁷ Para maior detalhamento da relação entre a Promoção de Saúde e o Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro, ver: VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. V. “Nem tudo que reluz é ouro”: considerações sobre a (Nova) Promoção da Saúde e sua relação com o Movimento de Reforma Sanitária

Mesmo sob resistência, a Promoção de Saúde foi abarcada progressivamente no escopo do SUS. Dois marcos importantes para essa consolidação foram a inclusão da Promoção de Saúde nas diretrizes operacionais “Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão” e o lançamento da PNPS, ambos ocorridos no ano de 2006. Nos documentos, os temores relacionados à individualização das demandas acabaram por se confirmar: ambos trazem conceitos provenientes da primeira expressão da Promoção de Saúde, com foco na alteração dos comportamentos e com ênfase na responsabilidade individual. Apenas no ano de 2014, quando da reformulação da PNPS, os conceitos individualizantes foram revisados e substituídos por princípios e estratégias que dialogam de forma mais próxima com os princípios do SUS (Brasil, 2006a, 2006b, 2014; Furtado; Szapiro, 2016; Vasconcelos; Schmaller, 2014).

Apesar da relevância desse processo de aproximação do Brasil com a Promoção de Saúde por meio do SUS, não é por essa via que caminha o principal objeto dessa pesquisa. Embora não se possa falar de Promoção de Saúde de forma fragmentada, é um projeto específico que, a partir da articulação internacional, chega ao território universitário, não tangenciando a política de saúde de forma direta, embora com ela possa dialogar.

Antes de abordar esse programa específico, que compõe o âmago da análise a ser desenvolvida, é preciso avançar para o próximo elemento que compõe o problema central desta pesquisa. Cabe realizar uma breve retrospectiva daquilo que foi abordado até o momento: como se descreveu, a Promoção de Saúde é uma corrente assumida pela OMS como meio para a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nas políticas públicas. A partir dele, várias estratégias práticas visando a sua aplicação vieram à tona no mundo.

As discussões assumidas e conduzidas pela OMS não foram as únicas no mundo a questionarem de que forma a saúde é socialmente determinada, como já referido. Quando a Promoção de Saúde chegou ao Brasil, na década de 1990, a preocupação com os fatores sociais que determinam saúde já estava presente no debate coletivista. O encontro da Promoção de Saúde com este debate gerou dúvidas e tensões. Além disso, mesmo entre os intelectuais filiados à perspectiva promocional, o paradigma gerou dissensos e disputas. As objeções e proposições que surgiram dessas discussões possuem uma significativa importância para a compreensão do problema a ser estudado.

2.2 TENSÕES CONCEITUAIS E POLÍTICAS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Promoção de Saúde enquanto movimento, conforme visto até o momento, desenvolveu-se a partir de longas discussões acerca dos fatores sociais e econômicos que interferem na saúde ocorridas durante o século XX. Sua existência enquanto movimento sanitário parte de um contexto específico, os países do norte global, mas passa também por suas interlocuções com outras regiões e autores do mundo, como as experiências latinas de Promoção de Saúde. A cada movimento realizado pelo globo e em cada novo círculo de intelectuais que sobre o paradigma se debruçaram, novas considerações e possibilidades de ação a partir da Promoção de Saúde foram se estruturando.

É oportuno considerar, portanto, que suas formulações conceituais e práticas não se desenharam historicamente em uma linha contínua de complementaridade. Ao contrário, considerando as diferentes necessidades que emanam das conjunturas específicas de cada região do mundo e as diferentes abordagens políticas sobre a produção social da saúde que de tais conjunturas emergem, novas percepções foram se incorporando ao conceito de Promoção de Saúde, trazendo à tona diferentes “Promoções de Saúde”. O próprio desenvolvimento histórico da corrente ocorrido até a década de 1990, quando até então tinha se centrado nos países desenvolvidos, revelou dualidades e tensões que provocaram mudanças no material que forma a Promoção de Saúde.

O amadurecimento conceitual do paradigma e a internacionalização dele foram acompanhados de importantes questionamentos a respeito da orientação da Promoção de Saúde. A verdade é que é impossível pensar em promover saúde sem refletir sobre qual o conteúdo dessa saúde que se busca promover. Uma abordagem vaga e um tanto quanto voluntarista no que se refere a esse projeto podem revelar tanto indefinição - o que acaba por tornar o promover saúde na prática algo inviável - quanto um encobrimento de determinados valores e projetos que no fim tendem a atender interesses que não tocam as necessidades reais de saúde das pessoas e das comunidades humanas (Czeresnia, 2003).

Por apresentar sinuosidades em seu caminho conceitual e político, o referencial sanitário promocional se tornou objeto de intensas discussões em nível internacional e no Brasil. Poucos anos após o lançamento do Informe Lalonde, os primeiros questionamentos a respeito da orientação do paradigma já foram desenvolvidos. Já na década de 1980, intelectuais como Labonte e Penfold (1981 *apud* Carvalho, S., 2013) apresentaram oposições ao modelo de ação sobre os comportamentos propagados até então. Impulsionada por esses questionamentos, a OMS procurou desenvolver durante a década de 1980 um novo modelo, cujo marco se encontra

na Carta de Ottawa. No entanto, também este modelo foi duramente criticado por sua abordagem vaga de conceitos importantes (Buss, 2003; Carvalho, S., 2013).

Diversos estudiosos da saúde pública se dividem entre críticos integrais, parciais e apoiadores da Promoção de Saúde. Dessas discussões, emergem tanto a interpretação de que a corrente se constitui numa representação das proposições neoliberais para as políticas de saúde dos países - resultando na normatização dos corpos por meio da imposição de estilos de vida saudáveis e na retração das políticas sociais - quanto uma compreensão mais progressista - por meio do qual se poderia colocar a influência de fatores socioeconômicos e históricos sobre a saúde como centro das discussões e se reforçar a necessidade de garantir direitos por meio de políticas públicas (Buss, 2000; Carvalho, A., 1996; Carvalho, S., 2004a, 2013; Czeresnia, 2003; Furtado, Szapiro, 2016; Stotz, Araújo, 2004).

Autoras como Vasconcelos e Schmaller (2014, 2015) afirmam que o ideário promocional pode encobrir abordagens funcionalistas e conservadoras, mas também abrigar sérias críticas ao sistema econômico e social vigente, apontando sua relevância na produção social das doenças. Furtado e Szapiro (2012) compreendem que todas as possíveis formas de abordagens da Promoção de Saúde revelam intervenções que, na compreensão foucaultiana, constituem-se em práticas de biopolítica. Czeresnia (2003) se filia a uma interpretação progressista da Promoção de Saúde, partindo do paradigma para realizar a defesa de políticas públicas, mas reconhece a existência de tendências conservadoras junto ao movimento promocional e também assume que a falta de clareza, ou a intencionalidade não revelada, podem fazer com que a autonomia propagada pela corrente se resuma à possibilidade de escolha numa lógica de mercado. Labonte (1998) compreende que as práticas de educação em saúde propostas a partir do paradigma promocional possam minar a subjetividade, padronizando modos de viver, mas sugere que a Promoção de Saúde não se restringe a essa limitação, podendo frutificar práticas emancipadoras com a participação dos usuários. Westphal (2016), por sua vez, reconhece que há uma tendência de considerar a corrente ora tratada como um produto imperialista, especialmente na realidade brasileira.

Nesse imbróglio, temas chave para a Promoção de Saúde como qualidade de vida, autonomia, risco, estilos de vida, *empowerment*, equidade, entre outros, são colocados em xeque e em disputa. O que cada conceito significa? Qual forma a Promoção de Saúde é capaz de dar a uma política pública quando insere nela esses conceitos?

Historicamente, a depender da concepção de saúde e de sociedade que se tem como horizonte, a Promoção de Saúde tem se delineado de forma diversa. Cremos que para compreender sua inserção em uma política, como se pretende realizar nesta pesquisa, é

necessário se apropriar dessas diferentes formas assumidas pelo paradigma. Para tanto, é preciso retomar elementos históricos que já foram abordados neste trabalho, mas, dessa vez, buscando construir esse tracejado que nos permitirá, adiante, atingir os objetivos propostos nesta pesquisa.

Para a apresentação dessas diferentes vertentes, partimos dos conceitos apresentados por Labonte na obra *“Health Promotion and Empowerment: frameworks for practice”* (1993) e por Carvalho na obra *“Saúde Coletiva e Promoção de Saúde: sujeito e mudança”* (2013). As categorias para análise da corrente promocional presentes em ambas as obras se complementam e fornecem elementos importantes para a conceituação que se quer abordar. Além desses autores, outros que partem da mesma interpretação histórica da Promoção de Saúde, ou de uma interpretação aproximada, serão utilizados para complementar a discussão.

A primeira das vertentes teórico-práticas da Promoção de Saúde foi denominada behaviorista. Carvalho, S. (2013) considera que o Informe Lalonde é seu marco histórico e documento central. Segundo o autor, o documento possui em si avanços consideráveis ao abordar a necessidade de compreender a saúde e os fatores que a produzem, destacando o termo “campo de saúde” - o qual engloba os serviços de saúde, o ambiente, os estilos de vida e a biologia humana - como expressão síntese dessa novidade conceitual. Labonte (1993) refere que com esse enfoque mais amplo, a concepção promocional behaviorista avança sutilmente em relação à concepção de saúde presente no paradigma biomédico preventivista, rejeitando a compreensão de saúde como ausência de doenças e assumindo como premissa a promoção de bem-estar físico e mental.

Esse avanço, no entanto, é ofuscado pela proposta de ação elaborada a partir do diagnóstico feito no documento. Carvalho, S. (2013) compreende que Lalonde apresentou medidas voltadas demasiadamente para o comportamento individual. Labonte (1993) concorda nesse sentido, afirmando que ao fim de todas as suas considerações a respeito do campo de saúde, Lalonde resume a saúde aos estilos de vida. A partir disso, são motivadas campanhas educacionais relacionadas sempre a esse aspecto. Promoção e prevenção de saúde se traduzem apenas na alteração de comportamentos não saudáveis.

De fato, se retomarmos o documento, veremos que apesar das ricas considerações acerca dos elementos que possuem uma relação de causalidade em torno da saúde, Lalonde (1974) estabelece como principais medidas de intervenção o foco na ação sobre a prevenção de riscos, a alimentação saudável, a prática de exercícios físicos e a informação e educação sanitária para que o povo canadense pudesse compreender melhor a origem dos riscos e adotar posturas que favorecessem a saúde. Há, em verdade, uma chamada ao envolvimento do Estado, das empresas

e das entidades coletivas para ação nesse processo, mas também essas ações possuem uma tendência dominante, embora não exclusiva, de buscar a intervenção sobre o risco relacionado a doenças e ao estímulo de práticas saudáveis.

Numa concepção behaviorista de Promoção de Saúde, o estilo de vida aparece como o principal foco das intervenções a serem realizadas. As ações individuais possuem um papel preponderante na produção da doença e as ações realizadas procuram favorecer as escolhas saudáveis. Westphal (2016) acrescenta que tal intervenção de cunho comportamental coloca como atores principais do processo o indivíduo e o grupo de profissionais dos serviços de saúde, os quais criam entre si uma relação vertical de imposição do conhecimento técnico. Carvalho, S. (2013) também faz menção a essa relação, observando na ação educacional que daí se estabelece uma atitude de normatização da saúde a partir da valorização exclusiva do saber científico.

Westphal (2016) também considera que a concepção promocional behaviorista acaba por favorecer uma concepção de saúde pouco distante do paradigma biomédico, embora não idêntica. Isso porque a concepção de promoção preconizada visa ao estabelecimento do bem-estar físico e mental, o que, de fato, diverge de uma meta direcionada à ausência de doenças, mas que pode acabar por se basear em um modelo ideal único de saúde. Segundo Carvalho, S. (2013), o estabelecimento desse ideal de saúde acaba por limitar a leitura das condições sociais de produção da saúde e a impor sobre aqueles que não se adequam a esse ideal a busca individual de uma vida saudável, por meio da alteração dos comportamentos.

Considerando a redução dos fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde à preponderância dos estilos de vida, fica evidenciada nessa vertente a marginalidade que é dada a temas conjunturais. Apesar da presença da categoria ambiente na leitura dos elementos que afetam a saúde, temas relacionados a questões socioeconômicas e suas implicações na saúde não vêm à tona. Unindo essa ausência de discussão à intervenção sobre os comportamentos, a vertente behaviorista da Promoção de Saúde transforma a doença como produto da culpa pela inação da pessoa (Labonte; 1993; Vasconcelos; Schmaller, 2015).

Ademais, ao depositar sobre os estilos de vida o foco das intervenções, a abordagem comportamental manipula temas sensíveis como a autonomia. Essa perspectiva pode favorecer a padronização arbitrária de conceitos como vida saudável, fazendo com que as pessoas tomem por escolha pessoal e livre comportamentos que na verdade são ditados pelo discurso sanitário padrão. Mobiliza-se a consciência individual, moldando o imaginário social no que se refere à saúde para a adesão a esses padrões. Esses modelos passam a estar presentes na propaganda estatal e na mídia, sendo idealizados como objetos de consumo para as mais diversas faixas

etárias, gerando uma demanda importante para o mercado. Esse último, nesse contexto, assume a posição de lugar privilegiado para atendimento das demandas de uma vida saudável (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2009; Furtado; Szapiro, 2012, 2016).

Esse ponto suscita outra discussão bastante pertinente, que diz respeito aos conceitos de risco e vida saudável. O corpo humano possui certa objetividade, a qual, não obstante, não esgota a compreensão completa de como se realiza a saúde humana. Ignorar a relação dessa objetividade com os contextos vividos fragiliza a compreensão da totalidade da vida humana. Tratar de risco e de vida saudável, portanto, é tratar dessa relação que se manifesta ora com características generalizáveis, ora com características singulares. A conceituação enrijecida de risco e de vida saudável acaba por revelar uma intenção, deliberada ou não, de padronização, de normatização da vida, sem considerar as especificidades conjunturais e pessoais das comunidades humanas. Essa normatização pode agregar intencionalidades bem definidas, que nem sempre consideram a realização do direito, mas o atendimento de outros interesses. Além de formular um conceito duro sobre que tipo de vida vale ser vivida, a padronização do conceito de risco e de vida saudável agrega àqueles que o desenvolvem uma aura de “expert” intocável, para a qual o conhecimento popular nada pode acrescentar. Surge, assim, uma dinâmica com tons de autoritarismo na relação entre especialistas e não especialistas (Carvalho, S., 2004a; Mitjavilla; Jesus, 2004).

Apesar de se afastar da concepção biomédica de saúde, da centralidade da cura e da exclusividade da etiologia da doença, a Promoção de Saúde com foco nos comportamentos acaba por erigir uma nova versão da saúde como ausência de doenças, ao fomentar um modelo de perfeição no que se refere ao bem-estar. Ocorre um endeusamento da vida saudável, por meio do qual, além de serem ignoradas as questões conjunturais que tocam a vida humana, o próprio corpo é reificado e a sua finitude é negada (Furtado; Szapiro, 2012).

Nessa corrente, se posta em prática em contextos de hegemonia neoliberal, a Promoção de Saúde acaba por se transformar em um instrumento de responsabilização individual em questões de saúde e por favorecer discursos que apelam para a retração do Estado nas intervenções em políticas públicas. Se o componente central da saúde é o estilo de vida, as escolhas pessoais, o investimento público deve se voltar à propagação dessas escolhas, as quais poderão ser, por fim, atendidas pelo mercado. Dessa forma, esvazia-se o sentido do emprego de recursos em políticas para a garantia dos direitos em geral como elemento indispensável e intrinsecamente relacionado com a saúde (Furtado; Szapiro, 2016; Vasconcelos; Schmaller, 2014).

Carvalho, S. (2013), analisando a relação da Promoção de Saúde com o neoliberalismo, reforça que essa corrente teórica vê a saúde não como bem comum a ser protegido sob a forma de direito pelo Estado, mas sim como um bem de consumo a ser acessado pela via do mercado. Segundo essa perspectiva, os recursos investidos em políticas públicas retiram o investimento de áreas consideradas produtivas e buscam atender uma demanda que poderia ser suprida pelo mercado. Além disso, a racionalidade neoliberal considera que os investimentos em serviços públicos produzem *déficit* fiscal, prejudicando a posição das economias nacionais na competitividade global, e desestimulam a competição e o trabalho que seriam necessários, caso esses serviços fossem fornecidos apenas pelo mercado.

Tal modo de gerir a sociedade em geral e as vidas em particular, faz proveito de ideias como a do paradigma promocional, especialmente em sua versão behaviorista. Semeada em terreno neoliberal, embebido de individualismo, a Promoção da Saúde pode transformar a saúde num exclusivo objetivo pessoal a ser buscado individualmente, fazendo desaparecer o caráter comum que há no direito. Utilizando o conceito de Brown (2018), pode-se dizer que a Promoção de Saúde tem potencial para ser utilizada como instrumento para perverter a compreensão do direito, controlando as ações pessoais a partir do controle da consciência e, por meio dessa, dos corpos, constituindo-se numa autêntica manifestação da governança e das práticas de biopolítica¹⁸.

Não há dúvidas por parte dos autores de que a abordagem das manifestações individuais das demandas de saúde tenha sua importância no processo de promoção e cuidado com a saúde - pressuposto ao qual igualmente nos filiamos. O que se põe em discussão é a exclusiva abordagem desse aspecto, preterindo o contexto no qual tais demandas se desenvolvem e, conseqüentemente, perdendo as conexões dessa realidade singular com a realidade maior e mais complexa.

Percebendo essas limitações, já na década de 1980, Labonte e Penfold (1981 *apud* Carvalho, S., 2013) denunciaram a abordagem comportamental da Promoção de Saúde como instrumento da racionalidade neoliberal, de culpabilização dos doentes e do apagamento das

¹⁸ A biopolítica, conceito foucaultiano utilizado por Furtado e Szapiro (2012) para análise da Promoção de Saúde, refere-se à regulamentação dos modos de ser e viver da pessoa humana, visando à ampliação da força útil dos corpos. Foucault (2005 *apud* Furtado; Szapiro, 2012) refere que desde o século XVIII ocorre o desenvolvimento de uma “estatização do biológico”, a qual procura regular cada etapa da vida, reificando o corpo como instrumento de um objetivo outro que não a plena realização do ser, manipulando-o segundo interesses alheios aos indivíduos e comunidades. Sob essa leitura, a Promoção de Saúde pode ser vista como estratégia atualizada de regulamentação da vida, internalizando nos seres humanos, com novos requintes de manipulação da consciência, ideais que atendem não a busca real por saúde, mas objetivos utilitários convenientes a um modo de viver dominado pelo mercado.

causas estruturais que influem no processo saúde-doença. Além das discussões em nível acadêmico, as práticas de promoção realizadas especialmente no Canadá demonstraram que apenas as pessoas com maior nível de instrução e com condições socioeconômicas mais elevadas é que puderam aproveitar os benefícios da adoção de práticas saudáveis. Ficou evidenciado que os estilos de vida ocupam uma posição inferior na lista de preocupações daqueles que convivem com a pobreza, por exemplo (Carvalho, S., 2004a; Labonte, 1993). Labonte (1993), avaliando a realidade canadense, afirma que o fracasso da abordagem comportamental junto aos grupos que viviam em situação de pobreza frustrou os profissionais da saúde, permitindo que uma nova percepção a respeito da problemática fosse desenvolvida. O autor refere ainda que a década de 1960 e 1970 foi de grande importância para a consolidação dos movimentos sociais no Canadá, os quais realizaram uma grande pressão contra essa perspectiva na saúde. Muitos dos militantes se tornaram profissionais de saúde na década seguinte e puderam contribuir para o avanço da crítica. Carvalho, S. (2004a) acrescenta como influência para a mudança do paradigma o lançamento dos relatórios Ratcliff e *Black Report*, lançados na mesma época em que ocorreu tal transição na Promoção de Saúde, que contribuíram para a percepção do vínculo entre a desigualdade social e o processo saúde-doença.

Sem demora, a percepção dessas limitações foi apropriada pela OMS, a qual à época já tomava a frente da disseminação da corrente promocional como elemento da Nova Saúde Pública. Ainda na década de 1980, a Promoção de Saúde avançou na direção de incorporar interpretações da saúde com fundamento sociológico e também conceitos ecológicos, relacionados ao meio ambiente. Assim nasceu a Promoção de Saúde Socioambiental (PSS), conforme Labonte (1993). Essa vertente tem seu marco na Carta de Ottawa, mas encontra seus fundamentos já no congresso “Além do Cuidado em Saúde” (*Beyond Health Care*), realizado no Canadá no ano de 1984 (Carvalho, S., 2013; Labonte, 1993).

A nova construção conceitual da Promoção de Saúde foi realizada, assim como sua primeira versão, numa conjuntura bem determinada: a dos países centrais desenvolvidos. Acolhendo todas as problemáticas percebidas da primeira Promoção de Saúde e buscando dar respostas aos compromissos firmados em Alma Ata, esse grupo de países, especialmente Canadá, EUA e alguns países da Europa ocidental, sob a orientação da OMS, procuraram estabelecer um novo marco para a saúde. Nessa esteira, a PSS surgiu como um projeto para a expansão e compreensão a respeito dos fatores sociais que influenciam e são influenciados pela saúde, rejeitando em suas conceituações a ênfase sobre os estilos de vida e voltando sua abordagem de maneira especial para o ambiente. Essa linha, como já referido, buscou se

posicionar junto à tradição de autores ligados à Medicina Social do século XIX, como Alisson, Chadwick, Villermè e Virchow, cujos estudos associaram doenças às condições de vida e à pobreza (Carvalho, S., 2013).

Nessa linha, a Promoção de Saúde é interpretada como uma forma de intervenção que visa à mudança nos entornos, os quais se constroem sobre bases econômicas, culturais, sociais, políticas e ambientais. Os serviços de saúde, sob as orientações prescritas em Alma Ata a respeito da APS, recebem novo protagonismo, reorientados a não se restringirem à busca da cura biológica. O saber técnico é utilizado numa postura dialogal junto à comunidade, a qual participa ativamente das decisões que dizem respeito à sua saúde. A figura do indivíduo ainda está presente, considerando as particularidades que se manifestam nas demandas de saúde, mas é compreendido também como parte de um coletivo inserido em determinadas condições sociais. A abordagem deixa de estar voltada à escolha do estilo de vida por si e passa a ser realizada num intento de capacitar as pessoas e as comunidades para que essas compreendam mais os aspectos que influem em sua saúde e possam participar dos processos que atingem sua saúde de forma mais ativa (Carvalho, S., 2013; Westphal, 2016).

Westphal (2016) compreende que esse processo de capacitação das comunidades, elemento bastante reforçado na Carta de Ottawa, ocorre em duas vias: uma primeira por meio da participação na formulação e no controle de políticas públicas em geral, visando a garantir a moradia, a alimentação, os serviços de saúde em si, fomentando a autonomia e o engajamento popular em nível local; a segunda, em seu turno, procura abarcar o aspecto mais subjetivo, a fim de trabalhar nas pessoas essa vontade mobilizadora, de participação e de tomada de consciência nos processos que envolvem sua saúde.

Tendo essa vertente como documento norteador a Carta de Ottawa, vale retomá-la neste momento, a fim de compreender melhor seus conceitos centrais (Organização Mundial da Saúde, 1986). O documento tem como elemento chave a conceituação de Promoção de Saúde e os cinco campos centrais de ação, já apresentados anteriormente neste trabalho. Além desse conceito, outros elementos de seu conteúdo podem ser destacados para compreendermos qual o marco conceitual da PSS.

A Carta afirma que para existir saúde é necessário que os povos tenham paz, habitação, educação, alimentação, renda, vivam junto a um ecossistema saudável, com recursos sustentáveis, justiça social e equidade. O documento defende o conceito de equidade em saúde, afirmando que é necessário o acesso a recursos e oportunidades igualitárias, a fim de capacitar a todos para que realizem seu potencial de saúde. Para a realização de tal propósito, afirma que é necessário o envolvimento do governo, do setor de saúde, dos demais setores sociais e

econômicos, das organizações não governamentais, das autoridades locais, da indústria, da mídia e também de toda a população. Com base nesse argumento, sustenta a necessidade de que os governos façam presentes em todas as políticas públicas elementos relacionados à saúde, daí surge o conceito de política pública saudável.

Em outro tópico, a Carta traz a defesa da ajuda recíproca (*self-help and social support*) como meio de autocuidado e de cuidado para com o outro. O texto sustenta também o conceito de reforço da ação comunitária (*strengthen community action*), o que se traduz como incremento de poder ao povo por meio do acesso à informação, do apoio financeiro e do conhecimento sobre saúde, para que esse tenha condições de atuar por determinantes de saúde favoráveis em sua vida. Advoga ainda que a organização social do trabalho deve favorecer a promoção da saúde e defende a preservação do meio ambiente. Ademais, o documento apresenta a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, a fim de que esses atuem para além dos serviços clínicos e de urgência.

Em seus tópicos finais, a Carta defende que os conceitos de holismo, cuidado e ecologia devem orientar a Promoção de Saúde. Apresenta, por fim, os compromissos dos países participantes da conferência, entre os quais se colocam o compromisso por políticas públicas saudáveis, a ação contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, a preservação do meio ambiente e o combate às condições de vida não saudáveis, a diminuição das desigualdades, apoio e capacitação das pessoas para que tenham condições de fazer escolhas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, fomento à participação da comunidade e o reconhecimento da saúde como maior investimento social dos governos.

É preciso reconhecer que a PSS tem sua relevância por conseguir agregar conceitos vindos das mais diversas áreas do conhecimento, como a Psicologia, as Ciências Sociais, a Economia, a Ciência Política, a Epidemiologia e a Ecologia. Tal riqueza conceitual contribuiu para que suas formulações a respeito dos DSS avançassem e para que suas propostas de ação excedessem o campo comportamental, mirando intervenções por meio de políticas públicas e atribuindo responsabilidades também à intervenção estatal.

Entretanto, apesar dos consideráveis avanços obtidos em relação à sua primeira versão, a PSS também possui suas fragilidades. Esses mesmos conceitos que foram seu avanço representam sua limitação, uma vez que suas formulações carecem de densidade conceitual e política. A superficialidade dos seus pressupostos e a falta de aprofundamento teórico e político nas causas das determinações sociais da saúde fazem com que a PSS possa ter significações completamente distintas, quando usada para diferentes propósitos. Nas mãos de governos alinhados com a manutenção das condições de produção das desigualdades sociais, ações como

as políticas públicas saudáveis com participação popular podem servir para absorção e manipulação dos movimentos sociais que procuram transformações concretas nessa realidade (Carvalho, S., 2013; Vasconcelos; Schmaller, 2015).

A PSS também recebe críticas à sua superficialidade no que diz respeito à concretude das estratégias de saúde em nível local. Apesar de defender um certo localismo na sua essência, uma busca pela valorização do envolvimento comunitário, autores como Lefevre e Lefevre (2004) consideram que intervenções como as políticas públicas saudáveis podem favorecer uma intervenção focada apenas nas questões macroestruturais, sendo causa para negligência da atenção direta necessária às demandas mais pungentes e imediatas e propiciando um apagamento das relações entre o singular e o universal, já que tudo o que se processa como Promoção de Saúde permaneceria no universal. A saúde, nesses termos, poderia se tornar algo inconsistente e descolado da realidade microestrutural. Se presa à sua superficialidade e à sua considerável falta de apreensão das mediações políticas que envolvem seu objeto de ação, a PSS acaba por promover uma intervenção voluntarista e ingênua, incapaz de promover saúde de fato e de atingir o cerne da determinação social da saúde.

Há ainda outras fragilidades que podem ser identificadas na PSS. Carvalho, S. (2004a) observa que nessa nova vertente o conceito de risco não se coloca como outrora, como fruto da ação individual, mas permanece como chave de leitura da conjuntura para a ação. O risco passa a ser identificado como parte do entorno no qual as pessoas vivem e como um elemento que deve ser esquadrinhado. Alimentação, estresse, tabagismo, entre outros fatores, constroem a tessitura social e nela devem ser combatidos. A questão é que a interpretação do risco nessa perspectiva, unida à superficialidade já referida, pode sugerir uma origem natural dessas problemáticas e terminar por manter uma lógica de identificação e eliminação isolada de fatores prejudiciais à saúde. É possível dizer que, de certa forma, a interpretação simplista que aqui pode ser promovida reproduz a lógica da história natural da doença, buscando interferir no processo causa e efeito, ainda que o faça em proporções e contextos distintos. Ademais, é preciso referir que esse esquadrinhamento dos ambientes e da coletividade pode perpetuar a vigilância e a regulação, expandindo a lógica behaviorista de governança da individualidade para o corpo social maior.

Essa crítica recorda a interpretação que Breilh (2013) realiza a respeito do uso do termo DSS, já referida na introdução desta dissertação. A PSS, enraizada na epidemiologia multicausal, na lógica da intervenção sobre os DSS, também identifica as multicausalidades envolvidas no processo do adoecer, buscando sobre esses interferir e promover um equilíbrio,

promovendo, como referido no parágrafo anterior, superficialidade na interpretação e naturalização da dinâmica social.

Vasconcelos (2013) atribui essa superficialidade no trato da dinâmica social da qual emergem as demandas de saúde a uma intenção de remodelamento do neoliberalismo, que produz a corrente chamada social-liberalismo. Sob essa orientação, os governos e organismos internacionais, alinhados para a manutenção da ordem social e de produção capitalista, cedem às demandas geradas pelo esgotamento do Estado de bem-estar social, pelas novas formas de exploração do trabalho e pelo esgotamento dos recursos naturais – questões que se tornam latentes no final do século XX, almejando alguma espécie de reformismo prático que possa absorver os pontos de tensão. Se a primeira vertente, a behaviorista, encontra terreno fértil na sociedade fundada sobre princípios neoliberais, a PSS surge como o discurso socialmente responsável dos organismos internacionais alinhado com as perspectivas reformistas do social-liberalismo. Paim (2006b), ao comentar a relação entre a Promoção de Saúde e a já referida Nova Saúde Pública, ressalta que seus referenciais carecem de maior aprofundamento acerca da realidade social, fornecendo poucos subsídios para as mudanças sociais e econômicas que se fazem necessárias para contemplar as demandas de saúde em sua totalidade.

Seguindo essa mesma linha de interpretação, chama a atenção também o arcabouço semântico utilizado pela PSS. Muitos dos termos utilizados no seu documento inaugural, a Carta de Ottawa, bem como nos seus sucessores, possuem conceituações presentes no discurso de muitos movimentos sociais e nas concepções originárias da Sociologia, da Psicologia e de outros campos afins. Esses termos carregam um forte apelo mobilizador por contemplar questões consideradas importantes para grande parte da sociedade na questão da saúde, sem, contudo, tocar nos aspectos sensíveis que se referem a essas definições. Tal construção conceitual gera um discurso agradável que, não raro, encontra adeptos entre grupos com projetos diversos para a saúde (Carvalho, S., 2004a, 2013).

Essa ambiguidade em suas terminologias não passou despercebida entre os estudiosos do tema. Nos parágrafos seguintes, alguns desses termos e suas problemáticas serão abordadas.

O primeiro dos termos da PSS que foi intensamente problematizado foi o termo “*empowerment*”¹⁹, considerado por Rissel (1994) o “cálice sagrado” da Promoção de Saúde.

¹⁹ A Carta de Ottawa menciona a expressão *empowerment* ao abordar o significado de “reforço da ação comunitária” (*strengthen community action*): “Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities - their ownership and control of their own endeavors and destinies” (Organização Mundial da Saúde, 1986, p. 3). No Brasil, o termo foi traduzido utilizando o seu significado literal: incremento de poder.

Essa expressão possui um conceito complexo. Sua origem possui fundamento nos movimentos pelos direitos civis e no movimento feminista, bem como na ideia de “ação social”, propagada nos países desenvolvidos, especialmente na década de 1960, e nas correntes de autoajuda difundidas na década de 1970 nos mesmos países referidos anteriormente. Já na década de 1980, foi popularizado como parte do arcabouço teórico da Psicologia Comunitária. Durante a década de 1990 passou a ser utilizado por movimentos que buscavam favorecer a ideia de controle dos cidadãos a respeito de seus direitos e também sobre as mais diversas áreas da vida em sociedade, como saúde e meio ambiente (Carvalho, S., 2004b; Rissel, 1994).

Tal origem tão diversa dificulta uma conceituação precisa, daí que surge o primeiro problema de seu uso. No escopo da PSS, o *empowerment*, termo contemporaneamente traduzido por empoderamento, tem sido utilizado como sinônimo de ganho de poder numa área essencial da vida, especificamente, na saúde. Por meio desse princípio, a PSS promove o que a Carta de Ottawa denomina capacitação da comunidade, reforço da ação comunitária, além de promover a participação comunitária seguindo essa mesma linha (Carvalho, S., 2013).

O conteúdo a que se refere essa terminologia certamente é o que dá a ela maior complexidade: o poder. A principal pergunta a ser respondida é a seguinte: é possível conferir poder a alguém que dele é desprovido? O ato de dar poder a alguém já não revela por si a existência de uma desigualdade entre aquele que dá e aquele que recebe? Poderia essa desigualdade ser superada neste ato? Rissel (1994) compreende que essa intenção pode revelar uma ingenuidade, especialmente se o poder, sua forma de exercício e a sua raiz não forem discutidas. Stotz e Araújo (2004) compreendem que a categoria encobre a intenção de negociação e concertação social. Labonte (1993), por sua vez, afirma que mesmo que as ações busquem promover o protagonismo comunitário, a relação entre o Estado e a Sociedade Civil possui características as quais impedem a plena participação e, logo, o verdadeiro exercício do poder.

O empoderamento também é compreendido como uma nova estratégia para trazer a sociedade ao aparente protagonismo, realizando, na verdade, uma diminuição das responsabilidades estatais e promovendo a responsabilização coletiva nas questões de saúde. O chamamento à ação teria então duplo efeito: o primeiro, de escusar o Estado de garantir a realização dos direitos por meio de políticas públicas, e o segundo de mobilizar a autonomia como recurso de responsabilização, numa aparência de atribuição do poder da comunidade (Furtado, Szapiro, 2016; Stotz; Araújo, 2004). É necessário esclarecer que esse tema não é consenso entre os estudiosos do assunto. Autores como Lefevre e Lefevre (2004) e Czeresnia (2003) preferem o reforço da ação comunitária ao *empowerment*, e fazem pontuações diversas

a seu respeito. O reforço da ação comunitária nesta linha de entendimento é colocado como a participação ativa nas decisões e processos que envolvem sua saúde, as demais áreas da sua vida e também as questões locais que atingem toda a comunidade. Além disso, o argumento da retirada do Estado frente às suas responsabilidades, gerando uma conseqüente retração nas políticas públicas, encontra uma dificuldade frente ao princípio das políticas públicas saudáveis.

Outro conceito bastante frequente na literatura da PSS, o qual também é alvo de grandes discussões, é o de equidade. O *Health Promotion Glossary* da OMS de 1998 conceitua equidade em saúde partindo do conceito de desigualdade em saúde. Segundo o documento, as desigualdades em saúde possuem raiz nas questões genéticas, que são inevitáveis, e também em questões sociais, econômicas e de estilos de vida. Esses três últimos aspectos seriam relacionados à oportunidade que cada pessoa encontra em sua vida de acessar os serviços de saúde, de ter uma alimentação adequada, uma moradia digna, entre outros elementos. A equidade em saúde, logo, seria o acesso a “oportunidades iguais de desenvolver e manter sua saúde, por meio de acesso justo e equitativo aos recursos para a saúde” (World Health Organization, 1998, p. 7, tradução nossa).

Na perspectiva de Westphal (2016), o conceito de equidade arguido pela Promoção de Saúde tem raiz na concepção de justiça social. A autora também defende que esse conceito se pauta na compreensão materialista histórica da sociedade, o qual reconhece a existência de necessidades diferenciadas na sociedade e uma desigualdade estrutural que tende a não reconhecer e atender essas necessidades, criando abismos sociais entre diferentes grupos. Westphal retoma a conceituação da OMS, sustentando que a equidade em saúde se baseia na oportunidade para que todos tenham saúde, o que se alcança por meio da garantia do acesso à moradia, à alimentação, à educação, à renda, entre outros direitos.

Labonte (1993, 1998) partilha da compreensão de que a Promoção de Saúde em sua versão socioambiental sustenta a equidade como forma de defesa da justiça social. A equidade, segundo a PSS, seria o reconhecimento da injustiça que produz uma série de fatores de risco sobre os quais as pessoas têm pouco ou nenhum controle. Seria ainda a busca pelo rompimento da mentalidade culpabilizadora, de fundo liberal e teor meritocrático, de que as condições nas quais uma pessoa vive são fruto de suas escolhas e merecimento.

Giovanella *et al.* (1996), discutindo a expressão “equidade em saúde” na realidade brasileira, recordam que além da OMS outros órgãos internacionais têm feito a defesa do uso desse conceito, como o Banco Mundial. No projeto proposto pela agência, o conceito de equidade possui uma premissa perigosa, de caráter utilitário, por meio da qual se deve garantir o acesso a políticas públicas baseadas na ideia de mínimo necessário para a existência, tendo

por critério o investimento em grupos cujo resultado da ação gere um maior ganho de anos de vida e, conseqüentemente, um maior custo benefício. Por meio dessa intervenção, o nível de oportunidade dos mais vulneráveis para obter saúde seria elevado, produzindo a equidade em saúde. A lógica intrínseca é a da abordagem da vida humana por meio da perspectiva de mercado. Essa premissa, alertam Stotz e Araújo (2004), pode ser transposta para a realidade da Promoção de Saúde e se transformar justo naquilo que Labonte e Westphal consideram que a PSS busca romper.

Stotz e Araújo (2004) prosseguem sua crítica, referindo que a ideia de equidade favorece a indiferenciação entre diferenças inevitáveis (como a herança genética) e as diferenças injustas e evitáveis (como a miséria, a fome etc.). Realizando uma leitura histórica, os autores veem na Promoção de Saúde uma tentativa de reconstrução do consenso perdido com a crise do Estado de Bem-estar Social, especialmente nos países europeus. A equidade surgiria nesse contexto como recurso retórico.

Outro conceito presente no ideário da PSS, alinhado com o reforço da ação comunitária, é o da participação social. O princípio da participação social sustentado por essa vertente da Promoção de Saúde, segundo Westphal (2016), sugere que não há verdadeira saúde sem que a população possa participar diretamente da definição, do controle social e da avaliação das políticas públicas. Pauta-se no entendimento de que a população deve se envolver com a operacionalização do direito para fazer valer seus interesses e necessidades. Sua relação com o princípio do reforço da ação comunitária se dá no sentido de que uma população só é capaz de participar ativamente desse processo quando possui espaço e capacidade para se envolver. Marcondes (2004) considera que o princípio da participação é o elemento chave que impede a Promoção de Saúde de se descolar da realidade objetiva na qual a saúde é processada e construída. Sustenta ainda que a sua defesa é o que impõe barreiras a um falso exercício da autonomia baseado apenas na escolha de condutas saudáveis e no favorecimento de uma concepção de saúde a ser realizada por meio do consumo, fundada nos interesses do mercado.

Campos (2013) e Correia e Medeiros (2014), avaliando o princípio da participação social no escopo da Promoção de Saúde, suscitam a tese de que esse marco norteador, unido ao *empowerment*, pode alimentar a PSS de uma problemática já observada na sua primeira vertente, a responsabilização. Ao tratar de capacitação da comunidade e das pessoas para compreensão e ação política, a PSS pode favorecer um entendimento de que a ação comunitária é capaz de dar conta de todos os processos que influenciam sua saúde. A responsabilidade deixa de estar presente apenas nas escolhas dos indivíduos - se saudáveis ou não - para se colocar na capacidade comunitária de transformação das condições que afetam sua saúde. Apesar de ter

um valor inegável, a participação popular por si só não é a única força capaz de atuar no processo de mudança.

Cita-se ainda como princípio da PSS a concepção holística de saúde. Essa nomenclatura contempla o que a Promoção de Saúde compreende ser a abordagem ampla, multifatorial, das determinações que se fazem presentes na produção social da saúde (Westphal, 2016). Apesar da similaridade do pressuposto com a compreensão coletivista da amplitude de fatores que interferem no processo saúde-doença, Vasconcelos e Schmaller (2014) alertam novamente para a superficialidade dos conceitos e a falta de adensamento político que faz da Promoção de Saúde um discurso suave, o qual contempla a multicausalidade que envolve a saúde, mas não aborda as razões de cada fator envolvido, dificultando processos de transformação.

Outro princípio presente no rol de premissas da PSS é a intersetorialidade. Esse elemento é o fator chave que impulsiona as políticas públicas saudáveis. Por meio dele, a preocupação com a saúde deixa de ser uma atribuição exclusiva dos serviços de saúde para se tornar uma preocupação comum entre as políticas públicas e mesmo os serviços privados. Esse engajamento comum junto à saúde exige diálogo, combate à setorialização e estímulos à integração de saberes e práticas. A intersetorialidade propõe a construção compartilhada, de modo a fazer com que toda a multicausalidade envolvida no processo saúde-doença seja discutida e abrangida pelas políticas públicas. A esse princípio se alinha o das ações multi-estratégicas, que considera a necessidade da intervenção em todas as causalidades (Campos; Barros; Castro, 2004; Costa, 2014; Vasconcelos, Schmaller, 2014; Westphal, 2016). Sua fragilidade, segundo Lefevre e Lefevre (2004) e Vasconcelos e Schmaller (2014), consiste no afastamento da demanda de saúde dos serviços de saúde, impulsionando apenas a abordagem macroestrutural e justificando o enxugamento de gastos para a assistência direta, uma vez que as demandas de saúde seriam abarcadas de outra forma. Costa (2014) destaca ainda que a intersetorialidade pode ser erroneamente interpretada como suficiente para englobar as demandas de cidadania, quando, na verdade, muitas dessas demandas emergem das relações de produção, isso explicita a necessidade de alterações mais profundas na sociedade.

Tem-se ainda a sustentabilidade como conceito norteador para a PSS. Westphal (2016) refere que este princípio abarca duas dimensões: a criação de ações com impacto duradouro, que sejam sustentáveis no decurso do tempo, e a preocupação com a promoção do desenvolvimento sustentável, considerando as necessidades do meio ambiente e das gerações. Vasconcelos e Schmaller (2014) compreendem que tal discurso, ausente de discussão política sobre o modo de produção econômico capitalista e sua postura predatória em relação aos recursos naturais frente à necessidade autoimposta de lucros crescentes, é “idílico” e vazio.

Em resumo, pode-se dizer que as críticas à PSS se centram em dois aspectos: a não abordagem crítica das condições socioeconômicas que produzem a determinação social da saúde e a falta de arcabouço teórico que discuta a prática imediata do cuidado atrelado à realidade micro em diálogo com a realidade macroestrutural. Na realidade latina, em particular, a Promoção de Saúde encontrou ainda outro fator de resistência entre os teóricos da área da saúde: o fato de que sua concepção e desenvolvimento foram tecidos em países desenvolvidos, cujas demandas sanitárias e condições dos serviços possuem uma história significativamente diversa dos países latinos (Lefevre; Lefevre, 2004; Furtado, Szapiro, 2016; Vasconcelos, Schmaller, 2014).

Apesar das várias fragilidades encontradas no histórico da Promoção de Saúde, reconhece-se em suas formulações alguns avanços significativos no debate internacional do campo saúde, os quais viabilizam diálogos importantes que não podem ser perdidos. Vasconcelos e Schmaller (2014) observam uma possibilidade de leitura da Promoção de Saúde dentro do horizonte da Reforma Sanitária Brasileira, valorizando os princípios da universalidade, igualdade, descentralização, integralidade, intersetorialidade, trabalho interdisciplinar, controle social e organização e mobilização popular. Buss (2000), Czeresnia (2003) e Lefevre e Lefevre (2004) valorizam o resgate em nível internacional da tradição da Medicina Social do século XIX, por meio do qual a doença deixa de ser compreendida como mera fatalidade, como fruto da interação acidental entre agente e hospedeiro. Esses mesmos autores reforçam a proposta de desmedicalização da vida, de abandono da abordagem curativista e da consideração das necessidades humanas de forma ampla, como fonte de produção de saúde.

Considerando as limitações e as perspectivas de diálogo, alguns autores formularam possibilidades para que a Promoção de Saúde receba uma nova face. Apresentamos a seguir tais formulações, denominando essa outra corrente conforme a nomenclatura proposta por Carvalho, S. (2013), a Promoção de Saúde Radical²⁰.

²⁰ Além da proposição de uma nova Promoção de Saúde comprometida com os elementos propostos pela Reforma Sanitária Brasileira, a qual se filiam os autores citados no trecho do texto a seguir, existe na literatura outra vertente crítica, a chamada Promoção de Saúde Emancipatória, proposta por Chapela (2007). Essa linha afirma que a Promoção de Saúde propugnada pela OMS se constitui num discurso oficial hegemônico, perpetrador de um domínio do mercado sobre o corpo, sendo esse último compreendido como território disputado pelo eu, que busca a autossujeição, e pelo externo, no qual, na contemporaneidade, o mercado se coloca como figura proeminente, perpetrador de violência material e simbólica. Partindo de uma compreensão foucaultiana, tal qual Furtado e Szapiro (2012, 2016), Chapela sugere que a Promoção de Saúde deve buscar a emancipação dos sujeitos a partir da conquista da autossujeição, como instrumento de poder para valoração da experiência subjetiva na relação com o mundo. Embora essa vertente tenha suas contribuições para a crítica das primeiras vertentes da

Carvalho, S. (2013) elenca alguns elementos essenciais que podem constituir uma Promoção de Saúde comprometida com a saúde como necessidade para a dignidade humana: o compromisso com a defesa da vida, com a produção de saúde e de sujeitos autônomos, reflexivos e socialmente solidários, com a valorização dos movimentos sociais e com práticas de prevenção enraizadas na tessitura da sociedade.

Procurando propor novas perspectivas frente às limitações das vertentes promocionais anteriores, Lefevre e Lefevre (2004) afirmam que a acepção de saúde deve ser trabalhada simultaneamente como objeto científico, alvo da interpretação e da intervenção técnica, e também como coisa humana, subjetiva, a partir do que se rompe a ideia subalternidade na relação profissional-paciente, considera-se o saber popular e não se perde o conteúdo técnico-científico da saúde. Os autores salientam que essa relação se faz possível quando vivida numa postura dialogal. É por meio dessa compreensão que também a categoria risco pode ser apropriada de uma nova forma, como objeto da pesquisa e como experiência profundamente humana, localizada num determinado contexto social.

Labonte (1998) aborda os fatores que contribuem para a construção dessa postura dialogal e de espaços de efetivo envolvimento da população nos temas que se relacionam à saúde: uma relação não coercitiva, de escuta e consideração da experiência trazida, uma avaliação crítica da posição histórica dos profissionais em relação aos usuários e uma intencionalidade de usar a autoridade que lhe é conferida pelo saber técnico para favorecer a autonomia dos indivíduos e coletivos. Essa postura dialogal de forma alguma pretende criar múltiplas versões relativistas da saúde como uma necessidade para a dignidade humana, mas abrir o lugar histórico no qual se posiciona a figura do profissional da saúde, para que ele seja partilhado e vivido pela população, que é a detentora da necessidade a ser atendida e realizada. Considerando a relevância que adquirem os sujeitos e as coletividades nessa proposta, a participação social passa a ser compreendida como participação política organizada (Rissel, 1994), dando margem para um diálogo com a compreensão da Reforma Sanitária Brasileira sobre a mobilização popular.

Ao mesmo tempo em que se abre o espaço historicamente consolidado pela ciência dura para a vivência popular, é preciso também que os profissionais realizem o movimento de saída e encontro com a experiência trazida pela população. Campos, Barros e Castro (2004),

Promoção de Saúde, optamos por partir da compreensão proposta por Carvalho, S. (2013), Lefevre e Lefevre (2004) e Vasconcelos e Schmaller (2014), por observar nela sua proximidade com a particularidade histórica brasileira e ainda por considerar que sua proposição contempla melhor a objetivação do direito, abordando aspectos da saúde como política pública, da inteireza humana na experiência do processo saúde-doença e na consideração da determinação socioeconômica da saúde.

concordando com Carvalho, S. (2013), sugerem que o concurso da população e das suas necessidades com a experiência científica e técnica deve se dar também no envolvimento com os movimentos sociais, onde essa relação pode se processar de forma mais duradoura e ser constantemente alimentada pelo conhecimento dos sujeitos envolvidos, facilitando a participação popular referida anteriormente.

Procurando conferir uma nova leitura para a categoria *empowerment*, Labonte (1993) sugere que uma ação de Promoção de Saúde verdadeiramente empoderadora supõe que as dimensões socioeconômicas do processo saúde-doença não sejam ignoradas, e é essa intencionalidade que pode dar sentido àquilo que se tem por intersectorialidade. Considerada com seriedade a multicausalidade que interfere na produção de saúde, a política de saúde deve, sim, proteger e fortalecer a atenção direta, mas também ampliar o diálogo com outros setores do Estado, a fim de demonstrar essas profundas conexões entre o campo saúde e a vida humana por inteiro. Trata-se de reconhecer que a política se faz num projeto inteiro porque ela se refere à vida humana, que é inteira e complexa. Daí se supõe também que de forma alguma pode haver omissão estatal naquilo que lhe compete.

Para fazer avançar essa compreensão de saúde e de como promovê-la, é preciso ter em mente que o terreno em que se pisa não é coeso e unificado, mas formado por diversas compreensões de mundo e projetos de sociedade, o que implica a existência de um certo embate a ser enfrentado. É preciso ter em mente também a forma que o Estado assume diante dessas relações de disputa, porque é por meio dele que se processam as políticas públicas e o governo da sociedade (Labonte, 1998).

A combinação do diálogo da saúde com as estruturas conjunturais em nível macro, por meio da articulação intersectorial ampla, sem deixar de se alimentar das instâncias singulares imediatas, por meio da abertura dos serviços à participação popular, pode dar à Promoção de Saúde um horizonte de integralidade em saúde, sem ingenuidades e superficialidades (Vasconcelos; Schmaller, 2014).

No Quadro 1 apresentamos um breve resumo das pontuações ora feitas a respeito das diferentes vertentes de Promoção de Saúde identificadas.

Quadro 1 - Vertentes da Promoção de Saúde e pontos de discussão

VERTENTE	DOCUMENTO	PRINCIPAIS QUESTÕES
Promoção de Saúde Behaviorista	Informe Lalonde (1974)	<i>Avanços:</i> - Ampliação da causalidade no processo saúde doença, considerando elementos como biologia, ambiente, estilos de vida e serviços de saúde; <i>Pontos a serem discutidos:</i> - Foco demasiado em intervenções individuais e comportamentais, negligenciando fatores conjunturais e dando margem à culpabilização;
Promoção de Saúde Socioambiental (PSS)	Carta de Ottawa (1986)	<i>Avanços:</i> - Inclusão de conhecimentos oriundos de áreas não tradicionalmente relacionadas à saúde; proposta de abandono da intervenção focada na alteração comportamental; ampliação dos fatores causais envolvidos no processo saúde-doença; defesa de políticas públicas; <i>Pontos a serem discutidos:</i> - Superficialidade conceitual e consequente negligência da abordagem dos fatores conjunturais presentes no processo saúde-doença; ambiguidade terminológica que favorece múltiplas interpretações politicamente oportunas, a depender do projeto de sociedade defendido; responsabilização não mais dos indivíduos, mas das comunidades por sua situação de saúde;
Promoção de Saúde Radical ou alinhada com os princípios do SUS (vertente não observada na realidade, com elementos propostos por diferentes pesquisadores)	Não há documento marco. Elementos propostos por Lefevre e Lefevre (2004), Carvalho, S. (2013) e Vasconcelos e Schamaller (2014).	<i>Propostas:</i> - Compromisso com a defesa da vida, com a produção de saúde e de sujeitos autônomos, reflexivos e socialmente solidários; valorização dos movimentos sociais; práticas de prevenção enraizadas na tessitura da sociedade; saúde como objeto científico e humano; compreensão humana integral; diálogo entre intervenções micro e macro estruturais.

Fonte: Elaboração própria com base em Labonte (1993), Lefevre e Lefevre (2004), Carvalho, S. (2004a, 2013), Campos (2013), Vasconcelos e Schmaller (2014, 2015), Furtado e Szapiro (2012, 2016).

Tendo apresentado as principais categorias por meio das quais a Promoção de Saúde é analisada na literatura, cabe retomar o problema central para esta pesquisa.

Essas tensões e dilemas encontrados no arcabouço da Promoção de Saúde não deixam de se fazer presentes no decorrer da história. A identificação de múltiplas vertentes não

significa, como dito no início deste tópico, a existência de um desenvolvimento linear, no qual cada vertente, ao surgir, supera a anterior. Um exemplo concreto dessa realidade é o achado de Raphael (2003) que, ao analisar a saúde pública canadense, identificou que, quase 20 anos após a instituição da PSS, a maior parte das práticas de Promoção de Saúde naquele país permaneciam sendo esforços para a alteração dos comportamentos.

É com esse denso emaranhado que se revela certa disputa em torno do significado de saúde e de projetos de sociedade, que no início dos anos 2000 a estratégia UPS chega à América Latina para se inserir nas universidades, tanto públicas quanto privadas. Diante do exposto, as diferentes linhas existentes para a Promoção de Saúde e as tensões conceituais e políticas que daí se revelam, emerge a seguinte questão: a que horizonte teórico e político se alinha a Promoção de Saúde quando inserida dentro do espaço universitário? Seguimos além e adentramos a realidade ibero-americana e, dentro dela, a brasileira, lugar do qual pesquisamos e no qual vemos esse paradigma se colocar com mais profundidade a partir do ano de 2018: a que horizonte teórico e político se alinha a Promoção de Saúde no espaço universitário ibero-americano e, em particular, no brasileiro?

Considerando a problemática introduzida e as justificativas expostas, apresenta-se o tema a ser estudado.

3 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA IBERO-AMÉRICA E NA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA: DE OTTAWA PARA OS *CAMPI*

Chegamos ao ápice da discussão central aqui realizada. Tendo percorrido o histórico que permitiu a construção de um paradigma específico no escopo da saúde pública mundial e os percalços existentes em seu corpo teórico e político, pode-se agora apresentar o âmago desta pesquisa.

Nos tópicos a seguir, serão descritos, primeiramente, o percurso metodológico escolhido para a construção deste trabalho. Logo após, iniciando a apresentação dos resultados obtidos, tratar-se-ão dos processos que levaram à elaboração de uma estratégia fundada na Promoção de Saúde específica para o ambiente universitário. Como anuncia o título desta seção, de Ottawa ao solo dos *campi* brasileiros há uma trajetória particular que precisa ser revelada para dar a base ao intento que se pretende cumprir aqui. O segundo tópico da seção, subdividido em duas partes, ocupar-se-á de trazer à luz da investigação os elementos chave que compõem o arcabouço da UPS na América e na península Ibérica, os quais refletem diretamente na realidade brasileira, e também de mostrar a materialização das inspirações desse arcabouço nas políticas de Saúde e/ou Promoção de Saúde nas instituições que fazem parte da RIUPS e/ou da REBRAUPS.

Baseados nesses achados, considerações acerca da orientação da Promoção de Saúde enraizada no Brasil poderão ser feitas.

3.1 DETALHAMENTO DO PERCURSO METODOLÓGICO

A construção do percurso metodológico a ser utilizado em uma pesquisa pressupõe uma aproximação com o objeto e o objetivo de desvendá-lo em todas as suas facetas. Tal pressuposto, contudo, não conduz à equivocada conclusão de que a pesquisa visa a construir assertivas, informações definitivas, mas sim contribuir para uma melhor elucidação daquilo que será estudado, buscando realizar extenuantes encontros entre o pesquisador e o que será pesquisado.

O objetivo geral que norteia este trabalho consiste em compreender as diferentes conformações teóricas, metodológicas e políticas da Promoção de Saúde na estratégia UPS inserida nas universidades públicas brasileiras. Já os objetivos específicos, resumem-se em descrever o processo de desenvolvimento da estratégia UPS no Brasil, identificar e caracterizar as universidades públicas federais brasileiras que são membros da RIUPS e/ou da REBRAUPS

e investigar os conceitos fundantes presentes nos documentos declaratórios da RIUPS e nas políticas institucionais de promoção de saúde das universidades federais brasileiras membro da RIUPS, a fim de buscar elementos que revelem a perspectiva de Promoção de Saúde assumida na estratégia UPS que é incorporada nessas instituições.

Haja vista o interesse despertado a partir da realidade da UFSC, considerou-se que a apropriação da problemática a partir da estratégia UPS consolidada nos países ibero-americanos, em particular no Brasil, nas universidades públicas poderia revelar mais da particularidade assumida pelo programa e, por conseguinte, trazer à luz elementos que podem tocar a realidade da UFSC. Apesar de também figurarem entre as instituições públicas que ofertam ensino superior no país, os institutos federais não compuseram esta pesquisa dada sua particularidade quanto à presença dos níveis de ensino médio, técnico e superior em concomitância. Esclarece-se ainda que a própria UFSC não compôs o grupo de instituições estudadas, considerando a relação profissional da pesquisadora com essa universidade em questão.

No que se refere às características desse estudo, pode-se dizer que possui caráter qualitativo e isso por duas razões. A primeira delas é que o alcance dos objetivos propostos não pode ser atingido meramente pela verificação de variáveis. Há em seu conteúdo uma matéria que não pode ser desvendada apenas por quantificações, embora essas não sejam dispensadas no processo de pesquisa. A segunda razão é que a pesquisa qualitativa, ao se deparar com o material coletado, procura ir para além da realidade visível, perscrutando os significados, os contextos, os atores e autores com ele envolvidos (Minayo, 2002).

A pesquisa qualitativa também se apresenta como a mais adequada para explorar o fenômeno aqui proposto. Parte-se do princípio de que a realidade é composta por elementos naturais, constitutivos, e por outros que, partindo dessa natureza, são construídos e elaborados em diversos lugares e tempos e por diversos agentes na história (Demo, 1995). É nesse segundo momento da realidade que se encontra o objeto dessa pesquisa e é a abordagem qualitativa a que, crê-se, é a mais abrangente para abordar as minúcias a ele concernentes.

No que se refere às características dos níveis dessa pesquisa, afirma-se que ela possui elementos que a identificam como uma pesquisa exploratória e também descritiva, conforme a definição de Gil (2008). Diz-se que é exploratória porque a primeira etapa do estudo consiste precisamente num movimento de aproximação com o objeto tendo por foco uma faceta até então não explorada pela atividade científica. Essa aproximação, como se demonstrará a seguir, se deu por meio da literatura já produzida a seu respeito, por meio dos documentos produzidos pela RIUPS e pelos dados disponibilizados pelas instituições membros das redes RIUPS e

REBRAUPS. Afirma-se também que é descritiva, visto que pretendeu identificar as características de um fenômeno particular numa dada realidade, a saber, as acepções assumidas pelo paradigma da Promoção de Saúde quando inserido no espaço universitário.

Passa-se agora a apresentar os procedimentos e materiais utilizados para o cumprimento da proposta aqui redigida.

A primeira etapa do estudo foi realizada por meio da busca por materiais que auxiliassem na reconstrução da história do movimento de UPS no Brasil, valendo-se, para isso, de duas técnicas: a revisão bibliográfica e a entrevista semiestruturada. A revisão bibliográfica permitiu o conhecimento de todo o material já registrado a respeito do tema, garantindo o enriquecimento da pesquisa com as produções científicas já existentes, vantagem sinalizada por Gil (2008), ao tratar da técnica. Quanto à entrevista semiestruturada, trata-se de técnica que valoriza a coleta de dados por meio de perguntas estruturadas em pautas, que permitem ao entrevistado maior espontaneidade na expressão das informações, sendo sempre conduzido por seu entrevistador. Essa técnica permite a exploração de dados não preliminarmente previstos pelo pesquisador, garantindo maior robustez para os resultados (Gil, 2008).

A revisão bibliográfica contemplou a busca por livros, artigos, dissertações e teses. Para tanto, foram selecionadas bases de dados diversas e também diferentes combinações de palavras-chave. O detalhamento das bases e das estratégias de pesquisa utilizadas está disposto no Quadro 2.

Quadro 2 - Bases de dados e palavras-chave

Base de dados	Palavras-chave/estratégias de pesquisa
Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações	Promoção de saúde, universidades, universidades saudáveis, universidades promotoras de saúde, Rede ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde, Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde, Brasil, universidade saudável
Portal CAPES de Teses e Dissertações	Promoção de saúde, universidades, universidades saudáveis, universidades promotoras de saúde, Brasil, Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde, Rede ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde
Biblioteca Virtual em Saúde	("promoção da saúde") AND (universidades) AND ("universidades saudáveis") OR ("universidades promotoras de saúde") AND (la:("en" OR "pt" OR "es")) ("health promotion" OR "promoción de la salud" OR "promoção da saúde") AND ("universities" OR "universidades") AND ("healthy universities" OR "universidades promotoras de la salud" OR "universidades promotoras de saúde") AND (Brasil OR Brazil) AND (la:("en" OR "pt" OR "es")) ("health promotion" OR "promoción de la salud" OR "promoção da saúde") AND (Brasil OR Brazil) AND ("Serviços de Saúde para Estudantes" OR "Student Health Services" OR "Servicios de Salud para Estudiantes") AND (

	<p>la:("en" OR "pt" OR "es")) ("health promotion" OR "promoção da saúde" OR "promoción de la salud") AND ("América Latina" OR "Latin America" OR "Latinoamérica") AND ("Health-promoting university" OR "healthy university" OR "universidades promotoras de saúde" OR "universidades promotoras de la salud") AND (la:("en" OR "pt" OR "es")) AND (year_cluster:[2018 TO 2023])</p>
PubMed	<p>("health promotion") AND (universities) AND ("healthy universit*" OR "health-promoting universit*") AND (Brazil) ("health promotion") AND (universit*) AND (Brazil) ("Health-promoting universit*" OR "healthy universit*") AND (Brazil) NOT (COVID-19) ("health promotion" OR "promoción de la salud" OR "promoção da saúde") AND ("América Latina" OR "Latin America") AND ("Serviços de Saúde para Estudantes" OR "Student Health Services" OR "Servicios de Salud para Estudiantes") ("health promotion") AND ("Latin America") AND ("Student Health Services") AND ("Health-promoting universit*" OR "healthy universit*") ("health promotion") AND ("Latin America") AND ("Health-promoting universit*" OR "healthy universit*") ("health promotion") AND ("Latin America") AND (universit*)</p>
Scientific Electronic Library Online (SciELO) Brasil	<p>(health promotion) OR (promoción de la salud) OR (promoção da saúde) AND (universidades) OR (university) AND (universidades promotoras de la salud) OR (healthy universities) OR (health-promoting universities) OR (universidades promotoras de saúde) AND (Brasil) OR (Brazil) (universidades promotoras de la salud) OR (healthy universities) OR (health-promoting universities) OR (universidades promotoras de saúde) AND (Brasil) OR (Brazil) (universidades promotoras de la salud) OR (healthy universities) OR (health-promoting universities) OR (universidades promotoras de saúde) AND (Latin America) OR (América Latina) OR (Latinoamérica) (Health promotion) OR (promoção da saúde) OR (promoción de la salud) AND (universidade) OR (university) OR (universidad) AND (Brasil) OR (Brazil) (Health promotion) OR (promoção da saúde) OR (promoción de la salud) AND (universidade saudável) OR (healthy university) OR (universidad saludable) universidades promotoras de la salud</p>
CAPES Periódicos	<p>Universidades Promotoras de Saúde, Brasil, Red ibero-americana de Universidades Promotoras de la Salud, Universidades Saudáveis</p>
Google Scholar	<p>(universidades promotoras de la salud) OR (healthy universities) OR (health-promoting universities) OR (universidades promotoras de saúde) AND (Brasil) OR (Brazil) ("heath promotion") OR ("promoção da saúde") OR ("promoción de la salud") AND ("universidades promotoras de la salud") OR ("healthy universities") OR ("health-promoting universities") OR ("universidades promotoras de saúde") AND ("Brasil") OR ("Brazil")</p>

Fonte: Elaboração própria (2024).

As buscas realizadas permitiram o levantamento de um número bastante elevado de obras. A seleção do material a ser utilizado no *corpus* identificado, *a priori*, em cada pesquisa, foi feita a partir da leitura de títulos e resumos. Nesse processo, foram descartadas todas as obras que não possuíam uma seção, capítulo ou tópico dedicado a descrever o processo de desenvolvimento do movimento UPS no Brasil e/ou na Iberoamérica. Esse processo de triagem culminou na identificação preliminar de quinze obras. Os títulos selecionados foram então submetidos à leitura integral, processo por meio do qual seis obras foram descartadas por inadequação temática.

Os procedimentos acima detalhados resultaram na identificação das seguintes obras, conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - *Corpus* teórico após revisão bibliográfica

Título	Autoria	Tipo de obra	Ano
A Universidade de Brasília é promotora de saúde?: a percepção dos alunos dos cursos da saúde	ALMEIDA, J. A. S.	Dissertação	2017
A Universidade Promotora da Saúde: uma revisão de literatura	OLIVEIRA, C. S.	Dissertação	2017
Interface entre estilo de vida e promoção à saúde de docentes na visão de uma Universidade Promotora de Saúde	AMIM, E. F.	Dissertação	2020
Estilo de vida de graduandos de enfermagem: ações para ambientes universitários saudáveis	ESPÍNDOLA, B. C.	Dissertação	2020
A Promoção da Saúde no ensino superior e o movimento de Universidades Promotoras de Saúde	DAMASCENO, D. L.	Dissertação	2023
A Universidade Federal Fluminense Promotora da Saúde: um processo transformador	SANTIAGO, A. S.	Tese	2022
Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud	ARROYO, H. V.; LANDAZABAL, G. D.; PINO, C. G.	Artigo de revista	2015
Agir local e pensar global em uma Universidade Promotora da Saúde	MANOCHIO-PINA, M. G., NASCIMENTO, L.	Livro	2019

	C. G., BITTAR, C, M. L (orgs.)		
Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: diálogos de Norte a Sul	MURTA, S. G. <i>et al.</i> (orgs.)	Livro	2021

Fonte: Elaboração própria (2024).

Já durante a pesquisa exploratória realizada para a construção do projeto desta pesquisa, foi possível perceber a necessidade de complementar a revisão bibliográfica com a realização de entrevistas semiestruturadas com instituições envolvidas com o histórico do movimento UPS.

Para cumprir este objetivo, foi necessário, antes, identificar as instituições de ensino superior brasileiras certificadas como UPS. A identificação das instituições foi realizada por meio do contato com as coordenações da RIUPS - o qual foi inexitoso - e da REBRAUPS e ainda pelas buscas por meio do mecanismo de pesquisas na internet Google, utilizando as palavras-chave “Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde”, “Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde”, “RIUPS”, “REBRAUPS”, “Universidade Promotora da Saúde”. A pesquisa permitiu o acesso às informações disponibilizadas pelas próprias instituições em seus canais oficiais de comunicação. Além dos dados obtidos por meio dessas ações, a pesquisa contou também com as informações disponibilizadas por Hiram Arroyo, atual presidente da RIUPS, no artigo “El movimiento de Universidades Promotoras de la Salud”, publicado na Revista Brasileira em Promoção de Saúde, que trata mais detalhadamente das instituições brasileiras que aderiram à RIUPS.

Durante o processo de identificação das instituições, procurou-se determinar também o ano de adesão à estratégia UPS, o que permitiu, posteriormente, a seleção de duas instituições pelo critério de antiguidade de vínculo com o movimento para a coleta de dados, por meio da entrevista semiestruturada. Essa seleção considerou o grupo alvo desta pesquisa, qual seja, as universidades públicas situadas no território brasileiro e também um segundo critério: a existência de uma política ou programa unificado de saúde e/ou promoção de saúde. Esse segundo critério foi utilizado visando à identificação das instituições com maior maturidade no debate da Promoção de Saúde dentro de seus espaços.

Como parte dos procedimentos éticos, a proposta de realização de entrevistas desta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, por meio do processo de número 71043023.3.0000.0121, sendo aprovada conforme o Parecer n.º 6.291.902.

Foram elencadas, inicialmente, três instituições dentre aquelas que cumpriam os requisitos elaborados. Durante o processo de abordagem para realização do convite, no entanto, foi esclarecido que a política existente em uma daquelas instituições não repousava sobre a estratégia UPS. Assim sendo, essa instituição foi descartada. A entrevista, por fim, foi realizada apenas com duas instituições, por meio virtual, através da plataforma “Conferências RNP”, sendo posteriormente transcritas e incorporadas ao texto da pesquisa. O conteúdo obtido por meio delas revelou-se suficiente para o atendimento do objetivo proposto - a reconstrução da história do movimento de UPS no Brasil - tendo em vista que ambas as instituições estavam presentes no momento inicial da fundação da REBRAUPS e relataram muitos elementos coincidentes entre si e com os textos já selecionados durante a revisão bibliográfica. Assim sendo, apesar da inviabilidade de realização da entrevista com a terceira instituição previamente destacada, não foi necessário incluir uma nova instituição entre o grupo de entrevistadas.

A segunda etapa da pesquisa, que visava trazer à luz do debate as diferentes tendências de Promoção de Saúde nas orientações da RIUPS e nas universidades públicas do Brasil, foi realizada por meio de duas fases, sendo a primeira delas a pesquisa documental. A pesquisa documental consiste na coleta e análise de documentos, sejam eles de primeira mão - sem análise prévia - ou de segunda mão - já com algum nível de análise. Essa técnica valoriza a coleta de dados já registrados de alguma maneira, seja em documentos oficiais ou privados, facilitando o conhecimento de determinado fenômeno quando não há a necessidade ou não é conveniente consultar pessoas a respeito do assunto (Gil, 2008). Nesta pesquisa, a técnica foi eleita devido às características do fenômeno a ser estudado - a orientação teórica, política e metodológica de Promoção de Saúde, cujos elementos se expressam de forma adequada em documentos oficiais - documentos declaratórios e políticas institucionais.

Nesse momento foram considerados para a composição do *corpus* a ser estudado os documentos declaratórios da RIUPS e as políticas institucionais de saúde/promoção de saúde das instituições pertencentes à estratégia UPS. Os documentos declaratórios foram obtidos por meio de buscas no site oficial da RIUPS Estudantes, na seção Boletins y Documentos, na qual se encontram a maior parte dos documentos relevantes da rede. O único documento obtido fora dessa seção foi a Declaração de Coimbra, encontrada no informe final do X Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras de Saúde. As políticas institucionais, por sua vez, foram identificadas por meio de pesquisas junto aos sites oficiais das universidades. Foram consideradas para a pesquisa apenas as políticas lançadas no período posterior à adesão da instituição à estratégia UPS.

Uma vez levantados os documentos, passou-se à segunda etapa, quando esses foram analisados por meio dos procedimentos recomendados por Bardin, na sua obra *Análise de Conteúdo* (1970). A metodologia de análise referida foi eleita pelas seguintes razões: primeiramente, por ser destinada à análise de diversos tipos de materiais, sejam esses orais, escritos, visuais ou audiovisuais; em segundo lugar, porque a análise de conteúdo possui particular atenção ao conteúdo da linguagem manifesto nos materiais estudados, buscando, por meio de seus procedimentos, desvelar significados não imediatamente identificados, como os sentidos, as intenções, as orientações ideológicas com que os autores os compuseram; por fim, a análise de conteúdo apresenta um método que parece adequado ao propósito dessa pesquisa, conduzindo o pesquisador a um estudo atento dos signos e significados presentes naquilo que será a matéria-prima da investigação acadêmica.

Em termos práticos, cada documento foi submetido a leituras exaustivas, tendo seu conteúdo analisado e organizado conforme os procedimentos indicados por Bardin (1970): 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A categorização do material, elaborada na etapa de pré-análise e aplicada durante a exploração do material, foi realizada considerando os roteiros de análise preparados para esse fim (apêndices 2 e 3). Os roteiros foram desenvolvidos considerando a categoria tema como unidade de registro para extração das informações desejadas.

Os dados obtidos a partir dos procedimentos acima descritos compuseram o âmago da análise que será exposta no tópico a seguir.

3.2 A ESTRATÉGIA DAS UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE: HISTÓRIA E INSERÇÃO NO BRASIL

Antes de adentrarmos na estratégia UPS diretamente, é preciso esclarecer que a preocupação e o interesse da OMS com os movimentos dos quais se originou a Promoção de Saúde se deve à intenção da agência de influir sobre a saúde pública no mundo, buscando novas formas de conceber a proteção à saúde, com vistas a minimizar o impacto das transformações ocorridas em todo o mundo no período imediatamente anterior à sua fundação e no subsequente, causadas pelas guerras e, de forma particular, pelas profundas mudanças ocasionadas pelo modo de produção econômico capitalista desde sua fase industrial²¹. Tal interesse resultou na

²¹ É importante resgatar aqui o que fora já destacado anteriormente: Vasconcelos (2013) destaca que a origem desse interesse repousa no alinhamento dos organismos internacionais com abordagens que absorvam as demandas geradas pelo impacto do modo de produção capitalista na vida humana, sem que

absorção do ideário promocional e na consequente criação de estratégias voltadas à intervenção sobre os elementos sociais que interferem e são influenciados pela saúde (Sánchez-Ordóñez; Gimeno-Navarro, 2022).

Três momentos históricos sintetizam essa opção da agência pelo enfoque amplo e multifatorial em questões de saúde: a Conferência de Alma-Ata - na qual se estabeleceu com prioridade a implementação da atenção primária em saúde -, o estabelecimento da meta Saúde para todos em 2000 - por meio da qual defendeu a reorientação dos serviços de saúde - e a Carta de Ottawa, publicada na Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde - a partir da qual passou a encampar as políticas públicas saudáveis (Ashton, 1998).

Essa série de eventos históricos iniciou no globo aquilo que se convencionou chamar “Nova Saúde Pública”, conduzida pela OMS. Segundo o Glossário de Promoção de Saúde da OMS, a NSP é a compreensão de que estilos e condições de vida influenciam de forma determinante os níveis de saúde (World Health Organization, 1998). Uma efetiva saúde pública, a partir desse conceito, consistiria em promover ambientes saudáveis por meio das mais variadas estratégias, englobando setores públicos e privados de forma integrada, realizando intervenções junto às mais diversas políticas públicas, tendo em conta toda a população que ali habita, trabalha ou estabelece algum outro tipo de comunidade, a fim de contribuir para a criação de estilos de vida mais saudáveis (Ashton, 1998; Dooris *et al.*, 1998; Peru, 2010).

A NSP teve seus primeiros referenciais elaborados em encontros do “*Committee for the Study of the Future of Public Health*”, em 1988, bem como em iniciativas da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/OMS nos anos de 1992 e 1993, mas difundiu-se especialmente após a realização do Encontro Inter Regional de Nova Saúde Pública, realizado em Genebra, em 1995. No documento do referido encontro, encontram-se como fundamentos da NSP princípios alinhados ao que já se havia proclamado em Alma Ata, como o reconhecimento da saúde como direito humano e a afirmação de que as condições de vida constituem determinantes importantes para a saúde (Paim, 2006a)²².

sejam promovidas alterações político-econômicas significativas. Tal é a característica da corrente chamada social-liberalismo. A Promoção de Saúde e as estratégias dela derivadas, segundo a autora, são funcionais a essa intenção.

²² Segundo Paim e Almeida Filho (1998) e Paim (2006b), a Nova Saúde Pública desenvolve-se, especificamente, no contexto da crise do modelo biomédico hegemônico, que até então dominava a Saúde Pública, e das profundas discussões acerca do papel do Estado junto ao atendimento das demandas sociais da população iniciadas pela onda de neoliberalismo, ensejada pela crise do Estado de Bem-estar social e pela derrocada do Socialismo real da União das Repúblicas Soberanas Soviéticas. A Nova Saúde Pública, cuja espinha dorsal é a Promoção de Saúde, posteriormente desdobrou-se no movimento Funções Essenciais para a Saúde Pública, criado para fornecer orientações aos Ministérios de Saúde dos Estados envolvidos com as políticas de ajuste macroestrutural inspiradas pelo ideário neoliberal.

A estruturação dessa linha de intervenção em ambientes, baseada no que posteriormente se organizou como parte da NSP, teve início já na década de 1980. Um dos marcos da abordagem é o documento *Targets for Health for All*, de 1985, produzido pelo Escritório Regional da OMS/Europa. Nele já é possível encontrar um conceito a respeito da construção de ambientes saudáveis.

A gestão dos ambientes deve visar não apenas a salvaguarda da saúde humana dos efeitos adversos dos fatores biológicos, químicos ou físicos, mas também a melhora da qualidade de vida, entre outras coisas, oferecendo às pessoas água potável e ar limpo, vida e trabalho em condições agradáveis e amplo espaço para atividades de lazer (World Health Organization/Europe, 1985, p. 76, tradução nossa)²³.

Os “ambientes saudáveis”, como posteriormente foram designados os lugares que recebem essa intervenção, compreendem todos os espaços onde há interação humana, sejam os locais de trabalho, de estudo, de lazer, de convívio comunitário em geral. As ações para transformar um lugar num ambiente saudável abarcam não só intervenções diretas sobre a política de saúde, mas também atividades que interferem na economia, que promovem a criação de redes de apoio, que se estendem por outros aspectos que influenciam na qualidade de vida (Martínez-Riera *et al.*, 2018; World Health Organization, 2021).

Uma das primeiras iniciativas a materializar essa perspectiva foi o movimento Cidades Saudáveis (*Healthy Cities Movement*), lançado também pelo Escritório Regional da OMS/Europa, continente que recebeu as primeiras intervenções oficiais já em 1986. Nesse mesmo ano, a Carta de Ottawa referiu a criação de ambientes saudáveis como uma das estratégias centrais para a Promoção de Saúde. Esse direcionamento político e estratégico para as cidades se espalhou pelo mundo nos anos seguintes (Ashton, 1998; Heiddeman *et al.*, 2006; Dooris *et al.*, 1998).

A estrutura da estratégia Cidades Saudáveis, orientada para a mudança de perspectiva desde a gestão, visando à orientação de todas as políticas públicas para a Promoção de Saúde, replicou-se posteriormente em espaços menores, englobados pelas cidades, tais como ambientes de trabalho, escolas, hospitais, mercados e também universidades.

Essa expansão do conceito de ambientes saudáveis para lugares mais delimitados ocorreu de forma bastante intensa na Inglaterra, país que já na década de 1990 iniciou as primeiras intervenções baseadas na Promoção de Saúde no espaço universitário. As primeiras

²³ “Environmental management should aim not only safe-guarding human health from the potential adverse effects of biological, chemical and physical factors, but also at enhancing the quality of life by, among others things, providing people with clean water and air, pleasant living and working conditions and ample facilities for leisure pursuits” (World Health Organization/Europe, 1985, p. 76).

iniciativas ocorreram na Lancaster University e na University of Central Lancashire. Baseado nas experiências obtidas por meio das Cidades Saudáveis, das Escolas Saudáveis e também dos Hospitais Saudáveis, além dos acúmulos iniciais construídos nas universidades já referidas, o Reino Unido realizou, em 1996, a Primeira Conferência Internacional de Universidades Promotoras de Saúde. As discussões ali realizadas foram retomadas em 1997, quando a OMS Europa, em uma mesa redonda, definiu critérios e estratégias para a criação da Rede Europeia de Universidades Promotoras de Saúde (Ashton, 1998; Tsouros, 1998; Tsouros *et al.*, 1998; Sánchez-Ordóñez; Gimeno-Navarro, 2022).

Na América Latina, a introdução das ações relacionadas aos ambientes saudáveis também ocorreu durante a década de 1990. Como fruto das discussões realizadas em Bogotá durante a Conferência Regional de Promoção de Saúde, diversas iniciativas foram realizadas no continente. No Brasil, a título de exemplo, as discussões a respeito das Cidades Saudáveis foram centrais no Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em 1995 (Carvalho; Westphal; Lima, 2007).

Nesse mesmo caldo, já durante a década de 1990, universidades de toda a América começaram a realizar aproximações com a experiência das UPS existentes na Europa. Universidades do Chile, do México e do Canadá, a partir desse contato, começaram a implementar os princípios da UPS em suas instituições. No ano de 2003, realizou-se no Chile, na cidade de Santiago, a I Conferência Pan-Americana de Universidades Promotoras de Saúde, na qual se buscou difundir a estratégia UPS para a região. Na II Conferência Pan-Americana de UPS, em 2005, foi produzido e lançado o primeiro documento contendo o marco conceitual para a estratégia nas Américas, a Carta de Edmonton. A rede de UPS foi, por fim, consolidada no ano de 2007, durante a III Conferência Pan-Americana de Universidades Promotoras de Saúde, recebendo o nome de Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde. Segundo seu documento fundador, a Declaração de Ciudad Juárez, a RIUPS tem por objetivo impulsionar a implementação e avaliação de UPS entre as universidades pertencentes ao território ibero-americano, bem como promover a troca de experiências, a difusão do conhecimento a respeito das metodologias referentes à estratégia e contribuir para o fortalecimento de ações de formação de recursos humanos para a Promoção da Saúde dentro dos espaços universitários (Carta [...], 2005, Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2007; Arroyo, Rice, 2009; Collazos; Correa, 2018; Santiago *et al.*, 2021).

Desde seu primeiro encontro, em 2003, a RIUPS realizou ao total dez congressos. É importante recordar que a constituição da rede em si não se deu já no seu primeiro congresso,

mas a intenção de fundação de uma rede já estava presente nesse momento inicial, partindo especialmente da experiência europeia, que já avançava no debate a respeito do tema.

No decorrer dos anos, consolidaram-se redes nacionais que englobam as universidades pertencentes à RIUPS em cada país, articulando ações em nível local. As redes nacionais estão presentes nos seguintes países: Brasil, Colômbia, Costa Rica, Chile, Cuba, Equador, Espanha, Peru, México, Porto Rico e Portugal. Há também uma rede regional de países, englobando a América Central e o Caribe (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, [2023]; Arroyo, 2019).

Além do histórico da estratégia, é necessário considerar para este estudo o significado prático de uma abordagem da Promoção de Saúde dentro do espaço universitário. Considerando o lugar do qual se desenvolve essa pesquisa, partimos das obras produzidas a partir da experiência na América Latina para compreender de que forma uma universidade que se torna promotora de saúde procura se estruturar.

O *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior*, produzido por universidades chilenas e pelo Governo do Chile, traz um conceito de UPS:

Entenderemos por Universidad Saludable o Universidad Promotora de Salud aquella que incorpora la Promoción de la Salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general (Lange; Vio, 2006, p. 9).

Ao incorporar os princípios da Promoção de Saúde em suas atividades de gestão, ensino, pesquisa e extensão, a universidade se compromete a construir uma espécie de nova cultura universitária, na qual todas as atividades realizadas deveriam não buscar apenas atingir seus objetivos evidentes, mas também zelar pela saúde das pessoas envolvidas. Arroyo, Landazabal e Pino (2015), propondo um plano de ação para a UPS, sugerem que a universidade que se filia a essa forma de gestão deve realizar ações de educação e comunicação em saúde, além de criar serviços voltados para a atenção aos DSS, promover ações de formação acadêmica sobre os DSS, a promoção da saúde e a educação em saúde, garantir espaços para o desenvolvimento da militância e de lideranças relacionadas à saúde, fomentar a formação de redes para atendimento das demandas de saúde da comunidade universitária, realizar intervenções nos espaços físicos visando à criação de ambientes saudáveis, incentivar a realização de pesquisas sobre os DSS, sobre a Promoção de Saúde e a educação em saúde e formar alianças com outras instituições também comprometidas com os princípios da Promoção de Saúde. Todas essas ações devem ter em vista um alcance interno e externo, fazendo transbordar a promoção da saúde a partir da

universidade para toda a comunidade que com a instituição se relaciona. Martínez-Riera *et al.* (2018) argumentam que esse processo deve ser vivido com intensa participação da comunidade, elemento sem o qual a verdadeira Promoção de Saúde não se torna possível.

Segundo o conceito apresentado pela Rede Espanhola de Universidades Saudáveis (2008), as universidades podem ser alvo de uma estratégia de gestão baseada no ideário da Promoção de Saúde devido aos diversos usos que são feitos do seu espaço: é lugar de formação e de construção de conhecimento por meio da pesquisa e da extensão, ao mesmo tempo que para muitos é um espaço de trabalho. Diversas pessoas ao longo dos anos transitam pela universidade, desde estudantes, trabalhadores, pessoas da comunidade externa local e visitantes. Além de possuir sua própria comunidade, a universidade é capaz também de influir nos processos macrossociais por meio do conhecimento produzido, tendo por isso um grande alcance junto a comunidades regionais, nacionais e internacionais. Em resumo, a universidade é um ambiente estratégico para a Promoção de Saúde. Arroyo (2022) a considera como um “epicentro” para o paradigma. Além de ser capaz de promover a elevação dos níveis de saúde dentro de seu território, ela é potencializadora dessas ações pela pesquisa, pela extensão e pela formação profissional.

Tendo considerado o desenvolvimento da estratégia no território ibero-americano e, dentro desse, de maneira particular, no território latino e a definição de uma UPS, é possível adentrar a particularidade que interessa a essa pesquisa: a UPS no território brasileiro. Essa tarefa exige um esforço de pesquisa particular, dada a história pouco extensa da estratégia no país. Em 2014, quando a UPS completava onze anos de existência na Iberoamérica, apenas três instituições brasileiras compunham a RIUPS. Até o ano de 2017, poucas produções científicas a esse respeito existiam no Brasil (Arroyo; Landazabal; Pino, 2015; Oliveira, 2017). Partindo dos procedimentos metodológicos já detalhados na seção anterior - pesquisa bibliográfica e entrevistas semiestruturadas²⁴ - apresentamos nos parágrafos seguintes uma síntese acerca da introdução da estratégia UPS no Brasil e da sua consolidação a partir da instituição da REBRAUPS.

Ao contrário da experiência de outros países latino-americanos, como Chile, Argentina, Peru e Equador, o movimento brasileiro de UPS foi fundado e é mantido pela iniciativa das universidades, sem apoio do Governo Federal (Argentina, 2012; Equador, [2023]); Lange; Vio, 2006; Peru, 2010). A UNIFRAN foi a primeira instituição de ensino superior do país a se tornar

²⁴A fim de preservar a identidade dos entrevistados, os nomes serão substituídos por codinomes, tais quais: UP-A e UP-B.

uma UPS. Sua adesão ocorreu no ano de 2008, por meio do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde. Tal programa contempla diretamente o objetivo da RIUPS de promover a formação de recursos humanos a partir da orientação da corrente promocional (Manochio-Pina; Figueiredo; Martins, 2019). Alguns anos mais tarde, a UnB passou a realizar aproximações com o conceito de Universidade Saudável, tomando o caminho que a levaria ao protagonismo da difusão da estratégia UPS no país. Na oportunidade, um grupo de professores da Faculdade de Ciências da Saúde, tendo tomado conhecimento da estratégia, realizou visitas em universidades pertencentes às redes Chilena e Colombiana de UPS, a fim de trazer a experiência para a UnB. Essas aproximações resultaram na instituição do programa Faculdade de Ciências da Saúde Promotora de Saúde. Essa iniciativa tocava mais diretamente no objetivo de promover espaços saudáveis dentro da universidade, realizando ações focadas na alimentação saudável, no cuidado em saúde mental, na oferta de ambientes acolhedores. Em 2014, a UnB organizou o I Seminário Faculdade de Ciências da Saúde Promotora da Saúde, no qual lideranças internacionais da RIUPS se fizeram presentes. A segunda edição do seminário foi realizada em 2016, ocasião em que a UnB se tornou membro da RIUPS oficialmente (Almeida, 2017; Espíndola, 2020; Polejack *et al.*, 2021; UP-A, 2023; Evento [...], 2018).

A partir da adesão oficial, a instituição assumiu uma posição de liderança para a difusão da UPS no Brasil. Essa atuação culminou na realização do I Encontro Nacional de Universidades Promotoras de Saúde, organizado pela própria UnB no ano de 2018, para o qual diversas universidades foram convidadas. Quarenta instituições de ensino superior, privadas, comunitárias e públicas, participaram do evento, das quais vinte e oito aderiram à estratégia UPS. Nessa mesma ocasião, ocorreu a fundação da REBRAUPS e a confecção da Carta de Brasília, na qual os objetivos e princípios da nova rede nacional foram delineados (Amim, 2020; Damasceno, 2023; UF-A, 2023; UF-B, 2023; Evento [...], 2018).

A fundação da rede permitiu um consequente fortalecimento da estratégia UPS no Brasil, isso favoreceu a adesão de novas instituições de ensino superior nos anos seguintes. Em 2020, durante a pandemia de Covid-19, deu-se a realização do II Encontro Nacional de Universidades Promotoras de Saúde, por meio de videoconferências. A partir desse segundo encontro, a REBRAUPS passou por um processo de organização e ampliação. No momento presente, a rede conta com núcleos e representações instituídas em todas as regiões do país, os quais se reúnem periodicamente em nível local e nacional (Santiago, 2022; UF-A, 2023; UF-B, 2023).

Decorridos dois anos do segundo encontro, a REBRAUPS elaborou seu regimento interno, nos quais os princípios e objetivos, já mencionados de forma preliminar na Carta de

Brasília, foram refinados. Segundo o documento, a REBRAUPS tem por objetivo “constituir-se como espaço de intercâmbio, reflexão e análise de temas relacionados à promoção da saúde em âmbito universitário; e no desenvolvimento, implementação e avaliação de projetos que favoreçam a criação de ambientes saudáveis” (Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde, 2022, p. 2).

O regimento define ainda as seguintes finalidades da rede:

- I – Potencializar os espaços da Universidade como ambientes promotores da saúde da comunidade universitária e da sociedade, de modo geral;
- II – Analisar e refletir sobre princípios, métodos, projetos e estratégias de desenvolvimento em torno da promoção da saúde e dos ambientes saudáveis;
- III – Fomentar a investigação e a docência em promoção da saúde e ambientes saudáveis;
- IV – Promover e favorecer o trabalho conjunto entre os órgãos de saúde pública, recursos comunitários e as Universidades;
- V – Fortalecer o papel das Universidades na produção da ciência, da inovação e de tecnologias que contribuam para o desenvolvimento sustentável e para uma sociedade mais justa e equitativa;
- VI – Incentivar a participação e a aproximação da ReBraAUPS com redes internacionais;
- VII – Fomentar a oferta de ações voltadas à promoção da saúde na comunidade universitária;
- VIII – Estabelecer vínculos e relações com associações nacionais e internacionais de natureza similar ou afins;
- IX – Incentivar, de modo geral, atividades que promovam a saúde nas instituições de ensino superior no país (Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde, 2022, p. 2-3).

Apesar de ter sua instituição apoiada pela RIUPS, nem todas as instituições que compõem a REBRAUPS são ligadas diretamente à RIUPS. Em que pese a abrangência territorial da RIUPS, ou seja, cobrir o território nacional brasileiro, a REBRAUPS goza de autonomia frente à rede ibero-americana. Tal separação toca inclusive a relação com a OPAS, que trata mais diretamente com a RIUPS. Essa autonomia, no entanto, não limita as relações, trocas e influências. Há um acompanhamento permanente da parte da RIUPS junto à rede nacional, além da realização de experiências colaborativas, como a construção de eventos para discussão de temas correlatos à UPS. O Brasil possui também uma representação oficial dentro da RIUPS (UF-A, 2023; RIUPS, [2023]).

Essa autonomia permite que a REBRAUPS utilize diferentes critérios para admitir membros em seus quadros. Enquanto a RIUPS exige a elaboração de um portfólio de ações já existentes nas instituições candidatas, a REBRAUPS acolhe também as instituições que ainda não possuem atividades de promoção da saúde organizadas, mas que anseiam fazer essa construção e esperam encontrar na rede apoio para tanto (UF-A, 2023).

Nos dias atuais, de acordo com as informações disponibilizadas pelas próprias instituições e pela REBRAUPS, e segundo os dados constantes no artigo de Arroyo (2018), que trata do movimento de UPS no Brasil, são quarenta e três instituições que compõem o grupo de universidades saudáveis no país, conforme o Quadro 4.

Quadro 4 - Instituições de ensino superior brasileiras filiadas à RIUPS e/ou REBRAUPS

Instituição	Categoria administrativa segundo o Ministério da Educação¹	Ano de adesão à UPS²	Rede(s) da(s) qual(is) é membro
1. Universidade de Franca	Privada com fins lucrativos	2008	RIUPS/ REBRAUPS
2. Universidade de Brasília	Pública Federal	2016	RIUPS/ REBRAUPS
3. Universidade de Fortaleza	Privada sem fins lucrativos	2018	RIUPS
4. Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Pública Federal	2018	RIUPS
5. Centro Universitário de Maringá	Privada com fins lucrativos	2018	RIUPS
6. Universidade Estadual de Goiás	Pública Estadual	2018	RIUPS
7. Universidade Federal de Minas Gerais	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
8. Universidade Federal de Santa Catarina	Pública Federal	2018	RIUPS
9. Universidade Federal da Paraíba	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
10. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
11. Centro Universitário Euro-americano	Privada com fins lucrativos	2018	RIUPS
12. Universidade Federal da Integração Latino Americana	Pública Federal	2018	RIUPS
13. Universidade do Estado do Amazonas	Pública Estadual	2018	RIUPS/ REBRAUPS
14. Universidade Metodista de	Privada sem fins	2018	RIUPS

São Paulo	lucrativos		
15. Universidade Federal do Espírito Santo	Pública Federal	2018	RIUPS
16. Universidade Federal do Mato Grosso	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
17. Universidade Federal de Goiás	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
18. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Pública Federal	2018	RIUPS
19. Universidade Federal de Rondônia	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
20. Universidade Federal de Santa Maria	Pública Federal	2018	RIUPS
21. Universidade Federal do Sul da Bahia	Pública Federal	2018	RIUPS/ REBRAUPS
22. Universidade Luterana do Brasil	Privada sem fins lucrativos	2019	RIUPS/ REBRAUPS
23. Universidade Federal de Pernambuco	Pública Federal	2019	RIUPS/ REBRAUPS
24. Universidade Federal Fluminense	Pública Federal	2020	RIUPS/ REBRAUPS
25. Universidade Federal de Catalão	Pública Federal	2021	RIUPS/ REBRAUPS
26. Centro Universitário Adventista de São Paulo	Privada sem fins lucrativos	2022	RIUPS/ REBRAUPS
27. Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Pública Estadual	2023	RIUPS/ REBRAUPS
28. Universidade Federal de Jataí	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
29. Universidade Federal do Rio de Janeiro	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
30. Universidade da Região de Joinville	Privada sem fins lucrativos	Informação não disponível	REBRAUPS
31. Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
32. Universidade Estadual de Ponta Grossa	Pública Estadual	Informação não disponível	REBRAUPS

33. Fundação Oswaldo Cruz	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
34. Universidade Federal do Paraná	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
35. Universidade Federal de São Carlos	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
36. Faculdade Serra Dourada	Privada com fins lucrativos	Informação não disponível	REBRAUPS
37. Universidade Federal do Amazonas	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
38. Universidade Federal do Tocantins	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
39. Universidade Federal da Bahia	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS
40. Universidade Estadual de Minas Gerais	Pública Estadual	Informação não disponível	REBRAUPS
41. Universidade do Vale do Itajaí	Privada sem fins lucrativos	Informação não disponível	REBRAUPS
42. Universidade de Santa Cruz do Sul	Privada sem fins lucrativos	Informação não disponível	REBRAUPS
43. Universidade Federal do Norte do Tocantins	Pública Federal	Informação não disponível	REBRAUPS

Fonte: Elaboração própria com base em Arroyo (2018), Evento [...] (2018), Centro Universitário de Maringá–(2018), Universidade Federal de Minas Gerais (2018), Universidade Federal da Paraíba (2018), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2018), Universidade Metodista de São Paulo (2018), Nassar (2018), Universidade Federal de Goiás (2018), Universidade Federal de Rondônia (2018), Universidade Federal de Santa Maria (2018), Universidade Federal do Sul Da Bahia (2018), ULBRA (2019), Manochio-Pina, Figueiredo, Martins (2019), Haartman, Andrade e Yamaguchi (2019), Universidade Federal de Catalão (2021), Santiago (2022), Universidade Federal do Rio de Janeiro (2022), Fowler (2022), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2023), UFPE [...] (2023), Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde (2023), Universidade Federal de Jataí [2023].

Legendas:

1 - Informação disponibilizada pelo sistema e-MEC;

2 - As informações referentes ao ano de adesão da estratégia foram encontradas ora em sites institucionais, ora em produções acadêmicas. As instituições cuja data não foi informada possuem vínculo com a RIUPS e/ou REBRAUP, mas não tornaram pública a data de adesão à estratégia UPS.

Além das informações referentes ao histórico do movimento de UPS no Brasil, as universidades entrevistadas apresentaram ainda elementos que justificam o interesse das instituições em se conformar como uma UPS. Uma das universidades destacou a busca pela coerência na relação com o cuidado das pessoas que compõem a comunidade universitária,

enquanto a outra salientou que uma universidade que pretende ser sustentável deve buscar o cuidado com a saúde de seus membros.

As universidades foram ainda questionadas a respeito da relação da Promoção de Saúde com as instituições de ensino superior. Entre os elementos suscitados como resposta, destacam-se a identificação dos princípios da Promoção de Saúde com a ação da Universidade. Segundo as informações concedidas pela UP-A, a Universidade é uma instituição que preza pelo protagonismo de seus membros, elemento presente no ideário da Promoção de Saúde por meio do princípio “reforço da ação comunitária”. A mesma instituição destacou ainda que a intersectorialidade, outro princípio da Promoção de Saúde, encontra-se com a diversidade de conhecimentos científicos produzidos no espaço acadêmico, isso potencializa a produção de saúde.

A outra instituição, por sua vez, referiu que a Promoção de Saúde permite compreender todos os processos, não só o ensino, a pesquisa e a extensão, mas também a gestão de pessoas e a permanência estudantil, como oportunidades para a produção de saúde. A propósito dessa afirmação, declarou que a amplitude do conceito que a Promoção de Saúde carrega permite a compreensão de uma visão mais ampla a respeito da saúde em todas as atividades da universidade (UP-B, 2023).

Todas as instituições afirmaram que já possuíam uma preocupação prévia com a saúde de seus membros e que realizavam diversas atividades, mas que a inserção na experiência UPS e no contato com outras instituições favoreceu o interesse por modificar seus processos e criar novas ações. Uma das instituições, partindo da inserção na RIUPS e também de intensas preocupações com demandas de saúde mental de seus estudantes, instituiu um departamento centralizado de atenção à saúde de servidores e estudantes. Dentro do departamento, atividades de planejamento, monitoramento e atenção direta à saúde são realizadas, contemplando várias frentes de ação. A outra instituição afirmou que muitas políticas universitárias para estudantes e para a comunidade em geral, não somente as que tratam diretamente de atenção direta à saúde, foram instituídas após a adesão à estratégia. Essa mesma instituição destacou que a pandemia de Covid-19 foi um ponto chave para que a universidade se atentasse a esse aspecto dentro de seus *campi* (UP-A, 2023; UP-B, 2023).

Um aspecto relevante que deve ser salientado diz respeito à fala de uma das instituições sobre uma questão que interessa diretamente a esse estudo:

Tem uma diferença importante na compreensão do que é a visão brasileira da Promoção de Saúde para a visão de outros países, e até as ações. Se você for pesquisar, muitas universidades que são parte do movimento de UPS, elas vão focar muito em campanhas contra o tabaco, mudança de estilo de vida, muito

nessa lógica da Promoção de Saúde individual, de você ter comportamentos saudáveis, estilos de vida saudáveis. Não que a gente não trabalhe com isso também, a gente também vai falar disso, mas a nossa compreensão não é de que é uma questão individual, de que é uma adoção de um comportamento saudável ou não. A nossa compreensão vem de que a saúde e os determinantes sociais da saúde são coletivos, eles vão impactar a gente na nossa vida. Mas tem outras dimensões que não são só aspectos individuais (UP-A, 2023).

Como se pode observar, há uma intenção de superação da perspectiva comportamental que perpassa o movimento. Embora as entrevistas não componham o corpo central dessa pesquisa, mas um recurso para dar robustez à busca histórica sobre as UPS no Brasil, por meio das percepções e conceitos de Promoção de Saúde expressos, já se pode inferir um caminho que se enraíza na concretude das ações realizadas pelas UPS brasileiras.

A partir da análise que será realizada no tópico a seguir, a resposta à pergunta que paira sobre essa investigação começará a tomar um corpo mais visível.

3.3 DELINEAMENTOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA EXPRESSÃO IBERO-AMERICANA E BRASILEIRA DA ESTRATÉGIA UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE

Conforme detalhado na seção que trata dos procedimentos metodológicos para a realização da pesquisa aqui apresentada, foram escolhidos dois documentos para observar os caminhos da Promoção de Saúde no espaço universitário brasileiro: os documentos declaratórios emitidos em Conferências da RIUPS e as políticas institucionais de saúde/promoção de saúde das Universidades Públicas Brasileiras.

Nessa breve introdução, é oportuno justificar a escolha realizada. Os documentos declaratórios da RIUPS, embora não tenham poder de mando irrestrito sobre as instituições a ela ligadas - vide declaração da Universidade A no tópico anterior a respeito da autonomia da REBRAUPS, constituem forte inspiração para o movimento como um todo na América Latina e na região Ibérica. Seu conteúdo sintetiza as discussões e deliberações realizadas em cada evento, demonstrando a tônica do direcionamento dado ao movimento de UPS no território que abrange. Mesmo que nem todas as instituições brasileiras adeptas à estratégia UPS componham o corpo de membros dessa rede mais ampla, elas referenciam essas discussões por meio da participação em tais conferências e das trocas permanentes que realizam junto às demais instituições e à própria RIUPS.

As políticas institucionais de saúde e/ou promoção de saúde, por sua vez, demonstram de que maneira os conceitos e princípios de Promoção de Saúde se materializam nas práticas

de cuidado dentro das Universidades. Tem-se como pressuposto que a existência de uma política específica para o tema demonstra a maturidade da estratégia na instituição, um maior aprofundamento no debate a respeito da Promoção de Saúde na comunidade universitária e, por isso, uma riqueza maior para a compreensão das tendências e significados de Promoção de Saúde assumidos como pressupostos para a ação.

3.3.1 Os documentos declaratórios da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde

Desde que universidades pertencentes ao continente americano e à região ibérica se reuniram na intenção de conhecer a estratégia UPS e se propuseram à instituição de uma rede, foram realizados dez congressos sobre Promoção de Saúde na Universidade no referido território. Ao final de nove desses encontros, foram emitidos os chamados documentos declaratórios, os quais sintetizam as orientações teóricas, políticas e metodológicas para o grupo de universidades que se agrupou sob a RIUPS.

No Quadro 5 estão discriminados os congressos e seus respectivos documentos.

Quadro 5 - Congressos e documentos declaratório da RIUPS

Congresso	Tema	Documento declaratório	Cidade e país	Ano
I Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde	Construindo Universidades Saudáveis	-----	Santiago, Chile	2003
II Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde	-----	Carta de Edmonton	Edmonton, Canadá	2005
III Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde	Ambientes formadores multiplicadores	Declaração de Ciudad Juárez	Ciudad Juárez, México	2007
IV Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde	O Compromisso social das universidades	Declaração de Pamplona	Pamplona, Espanha	2009
V Congresso Internacional de	Comunidades Universitárias Construindo Saúde	Declaração de Costa Rica	San José, Costa Rica	2011

Universidades Promotoras de Saúde				
VI Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde	Encruzilhada Social e Universidade pela Saúde	Declaração de Puerto Rico	San Juan, Porto Rico	2013
VII Congresso da RIUPS (integrado à Conferência Internacional de Universidades e Escolas Promotoras de Saúde)	-----	Carta de Okanagan	Kelowna, Canadá	2015
VIII Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras de Saúde	-----	Declaração de Alicante	Alicante, Espanha	2017
IX Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras de Saúde	Acordo político, social e universitário pela saúde e a equidade	Declaração de Monterrey	Monterrey, México	2019
X Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras de Saúde	Ensino superior, saúde e desenvolvimento sustentável	Declaração de Coimbra	Coimbra, Portugal	2022

Fonte: Elaboração própria com base em Arroyo (2019) e Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud (2022a).

Considerando esses documentos, este tópico está organizado da seguinte forma: a primeira parte consiste em uma apresentação de cada documento, seus objetivos, sua estrutura e, por fim, suas metas. Nessa primeira parte, há alguns comentários pontuais sobre algumas tendências já observadas a partir das metas elencadas para as instituições. Na segunda parte, categorias observadas como chave de leitura para a pesquisadora serão apresentadas e melhor desenvolvidas, retomando os comentários feitos pontualmente na etapa anterior.

O primeiro documento declaratório lançado foi a **Carta de Edmonton** (Carta [...], 2005). Escrita no ano de 2005, num momento anterior à fundação da RIUPS, a Carta contém um tom de fundação do movimento UPS no território americano²⁵. Seu texto inicial aborda os antecedentes da estratégia UPS, fazendo referência às experiências de Cidades Saudáveis e também às iniciativas realizadas durante a década de 1990, no Reino Unido. No seu corpo,

²⁵ O II Congresso Internacional de Universidades Promotoras de Saúde abrangeu apenas universidades localizadas no território americano. Sua denominação original, na verdade, foi “Congresso Internacional da Região das Américas”.

encontram-se definições a respeito da Universidade e das suas possíveis relações com a Promoção de Saúde. Já no terceiro tópico, a Carta evidencia que o objetivo dos seus autores foi justamente contribuir para a compreensão acerca do que se constitui uma UPS e assim oferecer ferramentas para as instituições que desejassem aderir a essa estratégia.

Em Edmonton se encontram as primeiras metas elencadas para as instituições interessadas na estratégia. Essas metas representam mais um conjunto de intenções do que metas práticas em si, característica que se encontra presente na quase totalidade dos documentos. Vamos transcrevê-las a seguir:

1. Nombrar un Comité Ejecutivo encargado de determinar las estrategias, procesos y resultados.
2. Proveer de recursos y de una estructura organizacional para apoyar los procesos de Promoción de la Salud y sus iniciativas.
3. Lograr una mayor comprensión de la problemática de salud y bienestar de estudiantes, funcionarios y autoridades.
4. Adoptar procesos participativos, colaborativos e incluyentes para modificar y desafiar políticas, sistemas, procesos y prácticas que dificultan la creación de entornos saludables para aprender, trabajar y vivir.
5. Comprometer a las personas de todos los niveles de la institución a participar en forma significativa.
6. Estimular el interés y compartir los resultados de las investigaciones sobre promoción de la salud dentro de las comunidades locales, regionales y globales.
7. Evaluar, medir y diseminar resultados a autoridades y miembros de redes.
8. Asumir un rol de liderazgo, local, regional y globalmente en Promoción de la Salud (Carta [...], 2005, p. 4-5).

Do preâmbulo da carta e de suas intenções propostas se pode já notar alguns elementos que a identificam significativamente com a tradição de Ottawa. A referência a ações participativas e à construção de ambientes saudáveis remetem diretamente ao marco inicial da PSS. Essa correlação é bastante evidente, considerando o ponto de partida histórico da estratégia.

Os três últimos objetivos chamam a atenção de forma particular. Eles evocam a capacidade da Universidade para a produção de conhecimento como meio de impulsionar a Promoção de Saúde, além de estimular que as instituições usem de sua autoridade científica para dialogar com autoridades e liderar a implantação da Promoção de Saúde. Para além de se conformar como um ambiente saudável para seus trabalhadores e estudantes, a Universidade é chamada a se posicionar como uma disseminadora da Promoção de Saúde na sua comunidade local, regional e até, de forma mais macro, nos processos globais. Isso levanta questionamentos a respeito do que se pretende ao permitir que a PS adentre a Universidade. Outros trechos do

texto reforçam ainda a necessidade de a Universidade se comprometer com os então Objetivos do Milênio - agora denominados Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Já em Edmonton se pode perceber que a introdução da estratégia de Promoção de Saúde dentro do espaço universitário é uma ação que pretende mais do que objetivamente promover saúde para seus membros. Essa questão será retomada e discutida no decorrer desse tópico.

O segundo documento da série é a **Declaração de Ciudad Juárez** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2007). Realizada na cidade cujo título leva o nome, no México, a declaração foi escrita por um grupo de vinte e cinco instituições pertencentes a sete diferentes países ibero-americanos. Seu principal objetivo foi instituir formalmente a RIUPS e prever definições acerca das funções, da estrutura, da coordenação e comunicação da rede.

No texto, as seguintes metas para as instituições membro são elencadas:

Las universidades miembros se comprometen impulsar la creación y desarrollo de las Redes Nacionales; implementar la Iniciativa UPS en cada país; evaluar, documentar, sistematizar, publicar, diseminar las experiencias de cada UPS; contribuir a diseminar la información, conocimientos, experiencias de Promoción de la Salud en cada país; actualizar su información en la página Web de cada institución (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2007, p. 3).

Como se pode depreender desse trecho e também de todo o conteúdo do documento, seu texto é bastante operacional e tem pouco a contribuir no que diz respeito à interpretação das tendências de Promoção de Saúde nas universidades do território ibero-americano.

O terceiro documento a ser apresentado é a **Declaração de Pamplona** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2009). Escrita num contexto onde a RIUPS já estava estabelecida, embora fosse bastante incipiente, a Declaração pretende trazer algumas definições a respeito do papel da Universidade diante das demandas da sociedade, além de propor a intenção de constituir uma rede internacional de Universidades Promotoras de Saúde e de discorrer sobre os necessários compromissos para as UPS diante dos principais desafios que se colocavam na primeira década do século XXI. O documento também dedica um tópico específico para as possibilidades vislumbradas no trabalho em rede.

Dentro do tópico que se refere aos desafios do século XXI, Pamplona apresenta as seguintes metas para as instituições membro:

1. Lograr el compromiso decidido de los órganos de gobierno de cada universidad, así como su constancia en sus respectivos Planes Estratégicos, para alcanzar el óptimo desarrollo de una Universidad Promotora de Salud, Sostenible y Responsable.
2. Consolidar una infraestructura participativa para la coordinación de acciones en Responsabilidad Social, Sostenibilidad y Promoción de Salud,

generando grupos multidisciplinares que integren al personal más cualificado y sensibilizado.

3. Estar atentos a las patologías y nuevos estilos de vida emergentes, así como a las directrices autonómicas, nacionales e internacionales, relacionadas con la prevención y promoción de la salud, y el fomento de la sostenibilidad y Responsabilidad Social.

4. Redactar un Plan integrado de Universidad Promotora de Salud, Sostenible y Responsable, que defina las necesidades, prioridades y estrategias a seguir, con sus correspondientes programas anuales de acciones.

5. Evaluar anualmente las actividades de los sucesivos programas, con el fin de mejorar sus resultados y tratando de lograr una mayor transparencia de los resultados obtenidos mediante la publicación de las respectivas memorias.

Incorporar en los currícula universitarios aquellos conocimientos y competencias relacionadas con la Prevención y Promoción de la Salud, así como con el fomento de la Sostenibilidad y la Responsabilidad Social, tanto de forma transversal como de forma explícita.

6. Fomentar la realización de investigaciones en áreas de promoción de la salud que generen conocimiento social, profundizando y desarrollando nuevas metodologías y estrategias más apropiadas. Incorporar pautas de actuación de estas áreas en el resto de proyectos de investigación de manera generalizada.

7. Establecer cauces y dinámicas de coordinación para la colaboración y participación de los distintos grupos de interés (stakeholders) en todas las fases y procesos del trabajo, integrando a representantes de los tres ámbitos tradicionales que componen la Comunidad Universitaria junto con personas procedentes de otras entidades relacionadas y de la sociedad en general.

8. Continuar fomentando el trabajo mediante redes y alianzas, tanto entre universidades como con otras instituciones del ámbito local, regional, nacional y supranacional para lograr sinergias en los temas abarcados, promoviendo la difusión de las experiencias alcanzadas (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2009, p. 5-6).

Alguns trechos dos compromissos firmados merecem destaque. Começamos do primeiro tópico. Já aqui se observa a intenção de incorporar à Universidade mais do que a característica “promotora de saúde”, incluindo na proposta os termos *sustentável e responsável*. O segundo tópico esclarece a qual tipo de responsabilidade o documento procura se referir: *a responsabilidade social*. Ambas as terminologias são oriundas do arcabouço teórico empresarial²⁶.

A todo tempo, essas expressões são citadas como parte do escopo de uma verdadeira universidade saudável. São, ao todo, onze menções a esse par de princípios. Uma frequência

²⁶ Essas expressões remontam a correntes surgidas no meio empresarial durante a década de 1950 e difundidas com maior expressão a partir da década de 1970, quando o avanço do ideário neoliberal propagou uma agenda por meio da qual se buscava a redução da participação estatal em assuntos de interesse social. A diminuição da participação estatal, combinada com as consequências das crises causadas pelo desenvolvimento capitalista, abriu espaço para a discussão a respeito da responsabilidade das empresas diante da questão social. Nesse contexto, as terminologias “responsabilidade social” e, dentro do escopo desta, “sustentabilidade” foram resgatadas como parte do projeto de empresas que passaram a considerar em seus objetivos obrigações para com a sociedade, para além das funções relacionadas à obtenção direta de lucro (Souza, 2012).

considerável. Seguindo a leitura para o tópico 7, observa-se a menção de um outro termo pertencente ao vocabulário empresarial, os *stakeholders*²⁷. A presença de tais termos revela indícios da intenção de dar à Universidade uma perspectiva de gestão privada.

O que se pode inferir a partir dessa constatação? A interpretação do caso é complexa. É sabido que o grupo de instituições de ensino superior que se agrupam sob a RIUPS possuem características bastante diversas. Algumas são públicas, gratuitas e estatais, enquanto outras são estatais, mas não gratuitas, e ainda há outras que se configuram como instituições privadas sem fins lucrativos e, por fim, as que se identificam como privadas com fins lucrativos. Em resumo, algumas são, em verdade, empresas do ramo da educação, enquanto outras são puramente instituições educacionais. A mescla de naturezas institucionais parece ter consolidado no documento uma interpretação única a respeito do modo de gestão da Universidade, estendendo às instituições públicas a mentalidade de gestão oriunda das instituições privadas. Esse fato anuncia uma influência dos princípios gerencialistas sobre o documento de Pamplona²⁸. Tal intenção fica ainda mais patente em um trecho que será abordado na segunda parte deste tópico.

Prosseguindo a leitura, a meta número 3 também merece atenção. A escrita da primeira parte do compromisso remete bastante à vertente behaviorista da Promoção de Saúde. A presença dessa orientação, contudo, não permite a identificação do documento, e ainda menos do movimento UPS, com a abordagem comportamental, e isso por duas razões: primeiro porque a mera intenção de evitar comportamentos que geram adoecimento na sociedade não supõe que essa ação parta de um princípio culpabilizador, afinal, é possível que as metodologias utilizadas para a evitação de um comportamento que gere doenças procurem compreender melhor as raízes daquela ação e observem não só o indivíduo, mas também outras questões nas

²⁷ No Dicionário Cambridge podemos encontrar a seguinte definição para *stakeholders*: “uma pessoa ou grupo de pessoas que possui participação em uma empresa; uma pessoa como um funcionário, cliente ou cidadão que está envolvido com uma organização, sociedade etc., portanto, tem responsabilidades para com ela e um interesse em seu sucesso; um funcionário, investidor, cliente, etc. que está envolvido ou compra de uma empresa e tem interesse em seu sucesso” (Stakeholders, 2023).

²⁸ O gerencialismo é um modelo de gestão pública cujo âmagio repousa na ideia de que o Estado deve aderir às premissas da gestão empresarial privada, a fim de se tornar mais eficaz e gerir melhor os seus recursos. A corrente defende o estímulo à concorrência, a flexibilidade nos processos, a racionalização dos custos, o controle de qualidade e desempenho, entre outros elementos. O gerencialismo é duramente criticado por interpretar o Estado meramente como um produtor de serviços e bens e a população como uma espécie de cliente. Essa interpretação ignora a dimensão política e de direito que envolve as ações estatais, bem como reduz a atividade do Estado às suas entregas por meio do critério de eficácia, o que ignora a importância de outras intervenções, como a regulação, e prejudica a consideração de outros critérios essenciais como a justiça, a legalidade, o direito e a igualdade. Outro ponto de crítica deste modelo está na sua capacidade de mobilizar a subjetividade e a consciência dos trabalhadores, envolvendo-os por completo no conteúdo das suas atividades laborais e transformando a sua forma de ver o mundo e as suas relações pessoais (Restrepo-Medina, 2011; Valle; Leite, 2018).

quais ele está imerso. Segundo porque esse trecho é apenas um excerto de um conjunto, que merece ser observado no todo. Como já se viu, o tom principal do documento consiste na adesão da Universidade a uma perspectiva de sustentabilidade e responsabilidade social. Em resumo, a promoção de estilos de vida saudáveis é uma marca presente e pode, sim, significar a permanência da observância dos comportamentos com tom de culpabilização, no entanto, essa tendência ainda não pode ser confirmada e menos ainda tida como preponderante, porque se revela como pontual dentro de uma proposta maior. É preciso observar este ponto do documento no contexto do seu conteúdo completo e no contexto das demais declarações.

O próximo documento da lista é a **Declaração da Costa Rica** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011). Essa declaração possui uma particularidade em relação às anteriores. Seu objetivo é propor novos compromissos para as universidades membro da RIUPS, a partir de alguns desafios observados na conjuntura social, econômica e política e, justo por isso, seu texto inicial aborda algumas interessantes considerações acerca dessas questões. A declaração faz referência à crise econômica vivida naquela circunstância, bem como aos efeitos observados nos países após a implementação das políticas de ajuste macroeconômico²⁹.

O documento resgata ainda alguns conceitos importantes para a Promoção de Saúde e para o movimento UPS, passando, a seguir, a apresentar os compromissos assumidos pelas instituições:

1. Las universidades que conforman la RIUPS se comprometen con el avance, fortalecimiento y articulación del movimiento de universidades promotoras de la salud, en primera instancia dentro de sus entornos universitarios y con proyección a la sociedad nacional e internacional.
2. Participar en la identificación y promoción de políticas públicas que garantizan la equidad en todas sus dimensiones y favorezcan la creación de ambientes, espacios de interacción social y opciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y la salud de la colectividad.
3. Impulsar la Promoción de la Salud como la estrategia fundamental para modificar determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos asociados a la producción de la salud.
4. Diseñar estrategias comunes de seguimiento y evaluación que favorezcan avance en el fortalecimiento de las universidades y las regiones en el ámbito de la promoción de la salud.

²⁹ A partir do final da década de 1970, o Banco Mundial passou a emitir empréstimos condicionados a ações de redefinição das políticas de Estado. Essas ações envolviam recomendações para a privatização de empresas estatais, a desregulação e desburocratização das ações do Estado, o ajuste fiscal, a redefinição do gasto público, a implementação de legislações favoráveis ao capital financeiro e a reforma do Judiciário. Durante a década de 1990, recomendações específicas de teor foram direcionadas à América Latina e ao Caribe, recebendo a adesão de vários países desse território. Esse movimento gerou a redução nos gastos sociais dos Estados e, por conseguinte, grave aumento das expressões da questão social (Valle; Leite, 2018).

5. Caracterizar y potenciar avances a nivel de investigación en promoción de la salud, transversalización de la formación en promoción de la salud y la participación activa de los estudiantes en los procesos
6. Conformar el equipo coordinador de la RIUPS para dinamizar la red y que defina los siguientes aspectos:
 - a. Una coordinación rotativa de acuerdo con el país sede del congreso.
 - b. Alternativas de modelo de trabajo y de financiamiento que estimule el compromiso de todas las instituciones y personas que integran la red.
 - c. Mecanismos de seguimiento y evaluación de las diferentes acciones generadas en los múltiples espacios de intercambio adoptados para la dinamización de la RIUPS.
7. Evaluar cada uno de los compromisos anteriores, adquiridos en la Declaración de Costa Rica (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011, p. 3).

Dos pontos elencados acima, o terceiro chama a atenção em particular. A meta expressa que a Promoção de Saúde deve ser difundida como *estratégia fundamental* para a alteração dos determinantes políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos associados à produção da saúde. Em suma, a Promoção de Saúde, difundida por meio da Universidade, é tida como o principal motor da mudança societária que garantirá a proteção e a promoção da vida. Percebe-se aqui o entendimento de que as mais diversas facetas das complexidades sociais, políticas e econômicas podem ser abordadas e transformadas por meio da perspectiva da saúde. Já não se trata, portanto, da organização de ações de promoção, prevenção, cuidado e assistência em saúde para a comunidade universitária ou mesmo para comunidade local. Essa perspectiva excede qualquer âmbito da política de saúde. É uma interpretação, usando um termo de Labonte (1993), “saudista” da vida.

Além dessa questão, é importante recordar, como observado nos documentos anteriores, que o movimento UPS sustenta que a Universidade deve se colocar como líder da Promoção de Saúde em nível local, regional e global. Unindo essa leitura ao entendimento de que a Promoção de Saúde é o motor da mudança societária em diversos aspectos, veremos colocada sobre a Universidade a expectativa de impulsionamento da mudança social, usando a visão saudista.

Sigamos as apresentações partindo para o próximo documento, a **Declaração de San Juan de Puerto Rico** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2013). Essa declaração foi escrita após o VI Congresso Internacional de Universidades Promotoras da Saúde, por ocasião da celebração dos dez anos de existência da RIUPS. Seu texto é bastante curto - apenas duas páginas - e direto, organizado em dez pontos. Esses pontos contemplam a reafirmação de princípios para o movimento UPS e para a RIUPS.

Não há metas elencadas em destaque como nos outros documentos, mas sim, como o próprio texto define, aspirações, as quais estão dispersas em diversos pontos. Dessas aspirações,

pode-se destacar: 1) o redimensionamento das suas ações, a fim de abarcar os determinantes da saúde, a saúde pública em geral e as transformações culturais visando à Promoção de Saúde; 2) o compromisso com o impulsionamento do movimento UPS no seu próprio ambiente e na sociedade nacional e internacional; 3) a implementação de uma política institucional de Promoção de Saúde; 4) a inserção dos conceitos de intersectorialidade e multidisciplinaridade nos princípios e ações da Universidade (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2013).

Essas aspirações contêm um tom mais realístico quanto ao potencial da Universidade em termos de mudança social. Elas sugerem um engajamento da instituição nas questões mais amplas, como a realização de ações que contemplem os aspectos da produção de saúde e o fomento do movimento UPS em nível internacional, mas não referem que a Universidade deva ser líder em Promoção de Saúde e que a Promoção de Saúde tenha de ser o motor da transformação das mais diversas problemáticas humanas.

Isso não simboliza, necessariamente, uma ruptura com o entendimento anterior. É preciso avançar na análise e considerar os documentos em sua totalidade, captando as evidências.

O sexto documento, dentre os analisados, é a **Carta de Okanagan** (Carta [...], 2015). Essa carta foi escrita após a Conferência Internacional de Universidades e Escolas Promotoras de Saúde, ou seja, seus conceitos contemplam mais o consenso global acerca do movimento UPS do que apenas as impressões da RIUPS. A Rede Ibero-americana esteve presente e ratificou seu conteúdo, mas não foi a única responsável por sua escrita. Essa presença global e também a realização da Conferência no território canadense marcam de modo significativo todo o conteúdo da carta, que expressa um profundo resgate da tradição iniciada em Ottawa.

O documento se estrutura em tópicos temáticos, iniciando por um reconhecimento à nação indígena Okanagan, que dá o nome à carta e em cujo território a conferência foi realizada, seguindo para um conceito da relação entre a Promoção de Saúde e as instituições de ensino superior, a indicação de aspirações, os objetivos, as metas - denominadas “chamados à ação”, conceitos de Promoção de Saúde e de Educação Superior, princípios para a ação e, por fim, uma explicação a respeito do processo de escrita da carta.

Os objetivos expressos na Carta de Okanagan são os seguintes:

1. Guiar e inspirar la acción proporcionando un marco que refleje los más recientes conceptos, procesos y principios relevantes para un movimiento de Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior, construido a partir de los avances de la Carta de Edmonton de 2005.

2. Generar el diálogo y la investigación que expanda redes locales, regionales, nacionales e internacionales y acelere la acción dentro, fuera y entre los campus.
3. Movilizar la acción internacional transversal para la integración de la salud en todas las políticas y prácticas, avanzando así hacia un desarrollo continuo de la promoción de la salud en las universidades e instituciones de educación superior (Carta [...], 2015, p. 3).

Um trecho dos objetivos merece destaque: a referência ao termo “saúde em todas as políticas”. A expressão remete a uma abordagem de mesmo nome, cujo documento marco é a Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas, do ano 2010³⁰. Neste documento, fica expressa a ideia de que “as bases da saúde e do bem-estar se encontram fora do setor saúde, sendo formadas social e economicamente” e que “é mais fácil alcançar os objetivos do governo quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas” (Organização Mundial da Saúde, 2010, p. 1). A declaração repete o mesmo ideal de Ottawa - “a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde” (Organização Mundial da Saúde, 1986, p. 1) - desenvolvendo uma proposta de novo modelo de governança política, social e econômica, no qual a produção da saúde se torna o critério para a condução de todas as ações do Estado e do setor privado. Três anos mais tarde, em Helsinque, durante a 8ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde, a ideia foi ratificada e a saúde passou a ser considerada a “pedra angular do desenvolvimento sustentável”, nos termos da declaração que foi emitida ao final do evento (Organização Mundial da Saúde, 2013, p. 1).

Esse entendimento recorda a questão já suscitada anteriormente: a Universidade, por meio do movimento UPS, é convidada a participar de uma ação maior global cujo objetivo é a transformação social baseada na busca por saúde. Sob a saúde, se agrupam todos os aspectos da vida humana - política, economia e organização social - e por ela todos se pautam. Esse convite, frise-se, não é para uma participação qualquer, mas para uma participação de protagonismo.

Partindo desses pressupostos, a Carta apresenta dois grupos de metas, os chamados à ação, conforme disposto a seguir:

Llamada a la Acción 1: Incorporar la *salud en todos los aspectos de la cultura universitaria*, en la administración, y tareas y académicas.

³⁰ O documento de Adelaide possui um antecedente, a Declaração de Roma sobre Saúde em Todas as Políticas, de 2007, que consta como referência no corpo do texto. Apesar disso, o marco da divulgação da estratégia é a Declaração de Adelaide. O documento também se baseia nas recomendações emitidas pela Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da OMS, expressas no Relatório Final da Comissão DSS de 2008 (Organização Mundial da Saúde, 2010).

1.1 Incorporar la *salud en todas las políticas del campus*. Analizar, crear y coordinar las políticas y prácticas del campus en relación a la salud, el bienestar y la sostenibilidad, para que toda la planificación y toma de decisiones considere y apoye la prosperidad de las personas, los campus, las comunidades y nuestro planeta.

1.2 Crear *entornos solidarios* en los campus universitarios. Mejorar el ambiente del campus como un laboratorio vivo, identificando las oportunidades para conocer y apoyar la salud y el bienestar, al igual que la *sostenibilidad y la resiliencia* en entornos construidos, naturales, sociales, económicos, culturales, académicos, organizacionales y de aprendizaje.

1.3 Generar comunidades prósperas y una cultura de bienestar. Ser proactivo y tener el propósito de crear *comunidades universitarias empoderadas, conectadas y resilientes* que fomenten una ética de cuidado, compasión, colaboración y acción comunitaria.

1.4 Apoyar el desarrollo personal. Desarrollar y crear oportunidades para construir la *resiliencia, las competencias, la capacidad personal y la vida mejorando las habilidades de la comunidad universitaria* (estudiantes y personal), y de esa forma apoyar para progresar y alcanzar su potencial pleno y comprometerse como ciudadanía global a respetar el medio ambiente.

1.5 Crear o reorientar los servicios de los campus. Coordinar y diseñar servicios en las universidades para apoyar el acceso justo, mejorar la salud y el bienestar, optimizar el potencial humano y del ecosistema y promover una cultura organizacional solidaria.

Llamado a la Acción 2: Liderar la acción y la colaboración en promoción de la salud local y globalmente.

2.1 Integrar la salud, el bienestar y la sostenibilidad en múltiples disciplinas para capacitar agentes de cambio. Usar enfoques transversales para incorporar la comprensión y el compromiso con la salud, el bienestar y la sostenibilidad en todas las disciplinas y planes de estudios (o mallas curriculares), asegurando de esta forma el desarrollo de futura ciudadanía que tengan la capacidad de actuar como agentes para promover el cambio más allá de los campus.

2.2 Avanzar en la investigación, la enseñanza y la capacitación para la promoción del conocimiento y la acción en salud. Contribuir a la producción de conocimiento sobre la salud, la aplicación, el establecimiento de estándares y la evaluación que fomenten agendas multidisciplinarias y transdisciplinarias relevantes para los objetivos del mundo real, y también garantizar la capacitación, el aprendizaje, la enseñanza y el intercambio de conocimiento en beneficio del bienestar futuro de nuestras comunidades, sociedades y planeta.

2.3 *Liderar y establecer vínculos*. Construir y apoyar relaciones y colaboraciones inspiradoras y efectivas dentro y fuera del campus para desarrollar, combinar y movilizar el conocimiento y la acción para la promoción de la salud tanto local como globalmente (Carta [...], 2015, p. 7-8, grifo nosso).

O primeiro grupo de metas se refere à ação dentro do espaço universitário. Baseada na ideia de integrar a saúde em todas as práticas, as metas evocam termos já conhecidos, como o desenvolvimento do empoderamento, da ação comunitária e da sustentabilidade, conforme os trechos destacados. Expressões que dialogam com o arcabouço teórico da PSS e que deixam evidenciado o foco sobre os ambientes e também sobre o chamado da comunidade universitária à participação. O segundo tópico dos “chamados à ação” contém orientações que dialogam com

o potencial da Universidade para fora de seus muros, como potência no seio da Promoção de Saúde, valendo-se do ensino, da pesquisa e da extensão. O próprio nome do tópico retoma a ideia de que a Universidade é chamada a ser liderança nesse processo.

O avançar deste momento de apresentação e pré-análise já permite a observação de algumas tendências recorrentes. A continuidade permitirá a confirmação desses achados e a sua posterior análise.

O sétimo documento, a **Declaração de Alicante** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2017), encontra-se sob a tradição da RIUPS, tendo sido emitido durante o VII Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras de Saúde. O objetivo do seu texto é *“fortalecer la promoción de la salud para construir entornos sociales y educativos saludables desde una perspectiva de participación plena, integral, integrada e integradora”* (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2017, p. 1, grifo nosso). Esse objetivo é contemplado por um breve resgate do significado da Promoção de Saúde, seguido por uma série de metas a serem perseguidas pelas autoridades universitárias e duas outras orientações para as autoridades estatais.

As orientações dirigidas às autoridades estatais serão abordadas na segunda parte deste tópico. Por ora, detenhamo-nos sobre os chamados dirigidos à Universidade:

1. Integrar en la acción de sus políticas la actuación simultánea sobre el entorno físico, social, cultural, ambiental de sus universidades.
2. Favorecer la creación de entornos saludables desde planteamientos salutogénicos y no de prevención de riesgos exclusivamente.
3. Desarrollar una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo real a través de una política institucional de salud integral y acciones programáticas, sistemáticas y sostenibles, para el fomento de la salud de la comunidad universitaria
4. Identificar, apoyar y poner en valor todas aquellas acciones generadoras de salud y de quienes las desarrollen e impulsen.
5. Diseñar estrategias que favorezcan en todos los miembros de sus comunidades educativas, y de manera permanente, el fortalecimiento de la capacidad participativa en la gestión de procesos a favor de la salud.
6. Aportar evidencia que apoye la formulación de políticas públicas que favorezcan la mejora de las condiciones para la salud y la equidad en sus respectivos países.
7. Vertebren políticas universitarias firmes y decididas en torno a la promoción de la salud e integradas de manera transversal y participativa por toda la comunidad universitaria.
8. Coordinen los órganos de representatividad de rectores de las universidades (CRUE, UDUAL, CONARE, otras) para la articulación de políticas de promoción de la salud nacionales e internacionales adaptadas a las necesidades de cada momento y contexto con criterios de eficacia y eficiencia.
9. Apoyen la participación activa en el desarrollo de las estrategias que se desarrollen, de la comunidad universitaria en general, pero con especial atención a la motivación e incentivación de las/os estudiantes por su relevante

papel tanto en los entornos universitarios como en los sociales, facilitando y reconociendo su participación activa y representatividad real.

10. Los proyectos de Universidades Promotoras de Salud formen parte esencial e irrenunciable de cualquier estrategia universitaria.

11. Los proyectos de Universidades Promotoras de Salud sean parte integral de la política universitaria y de sus equipos de gobierno con identificación clara de sus responsables.

12. Promocionen líneas de investigación transdisciplinar en Promoción de la Salud.

13. Faciliten la incorporación de la Promoción de la Salud en las currículas de todos los planes de estudio.

14. Faciliten la formación permanente y continuada de cuantos participen activamente en el desarrollo de los proyectos como vía de lograr la mejora continua de los mismos.

15. Doten de capacidad de decisión real y de presupuestos a los órganos de responsabilidad de los proyectos de Universidades Promotoras de Salud.

16. Generen indicadores de calidad que permitan evaluar, acreditar y certificar los entornos saludables.

17. Promuevan la extensión de las políticas saludables al entorno social en el que se integran las universidades favoreciendo la interacción y la intersectorialidad.

18. Favorezcan que los proyectos no queden circunscritos al ámbito de ciencias de la salud y sea éste protagonista exclusivo de las estrategias. Es necesario el ámbito de ciencias de la salud se configure como un sector más del proyecto en el que participen de manera integrada el resto de sectores/ámbitos/centros de las universidades.

O documento de Alicante repete as tendências encontradas nos documentos anteriores, variando entre a indicação de ações que permeiem a Universidade, engajando seus processos na produção de saúde para seus membros - construção de ambientes saudáveis por meio do engajamento e fortalecimento da ação comunitária, e o envolvimento com ações que, partindo das funções próprias do ensino superior, potencializem as práticas de Promoção de Saúde na comunidade local, regional e global - liderança em Promoção de Saúde.

O próximo documento a ser apresentado é a **Declaração de Monterrey** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019b). Monterrey carrega um subtítulo: “acordo político, social e universitário pela saúde e pela equidade”. Seu objetivo não está escrito textualmente, mas se denota desse subtítulo, que pauta a construção de novas metas para as UPS.

Seu conteúdo se estrutura a partir de alguns pressupostos para realização desse acordo que pretende estabelecer. Entre esses pressupostos, estão contidos o comprometimento com a abordagem dos DSS e os ODS. O documento oferece, a seguir, uma análise de conjuntura, na qual são tecidos diversos comentários a respeito de questões políticas, econômicas e sociais. Junto da Declaração da Costa Rica, esse é um dos documentos que mais procura localizar em que contexto está a Universidade e no qual se pretende realizar a Promoção de Saúde. Os

comentários sobre a conjuntura são sucedidos por algumas estratégias necessárias e, por fim, pelas metas.

- Fomentar investigaciones que nos ayuden a entender los niveles de cultura y conciencia salubrista que existen en nuestros pueblos ya que constituyen el punto de partida para cualquier intento de fomentar el desarrollo de la misma, la concienciación. Producir socializar, apropiar y posicionar conocimientos de y en la región que favorezcan mejoramiento permanente de condiciones para la salud y la vida en los países que hacen parte de ella.
- Promover a través del currículo el desarrollo de esta cultura y conciencia salubrista, como competencias que le permita a las personas y a las comunidades gestionar su salud. Estas competencias debe ser un eje transversal en todo programa de estudio desde los niveles preescolares hasta los universitarios, tanto en la educación general como en la profesional, generar y fortalecer estrategias favorecedoras de empoderamiento, participación y fortalecimiento de activos en salud y factores favorecedores de salud.
- Desarrollar una cultura de pertinencia, que abogue por la oportunidad privilegiada que tienen las instituciones de Educación Superior de enseñar, difundir y concatenar vivencias bio-sico-sociales que vayan mas allá de lo profesionalizante, a fin de construir participativamente herramientas claves en este especial tiempo de aprendizaje.
- Fomentar en la formación todos los técnicos y profesionales que estos se vean como educadores de esta cultura y conciencia salubrista en las poblaciones que atienden, tanto desde los centros de salud como a través de proyectos que se desarrollan en las comunidades.
- Favorecer de manera decidida procesos colaborativos y trabajo en red desde los que se contribuya al desarrollo de la cultura y conciencia salubrista.
- Garantizar el fortalecimiento de la capacidad para participar y gestionar cambios necesarios para la salud, la sostenibilidad y la vida, la movilización comunitaria en la educación superior para facilitar el cambio por medio del accionar de diversos protagonistas en esfuerzos interdisciplinarios, en red y complementarios para mejorar los estilos de vida y el bienestar en la comunidad académica; influir en la mejora del estado de salud de la comunidad en la que se inserta la institución, el aporte desde ésta a la salud en la comunidad, su país; y aportar decididamente a lograr mayor sostenibilidad para el planeta generando evidencia que oriente la formulación y evaluación de políticas públicas, aportando a la construcción de alternativas de participación social y comunitaria en temas que afectan la salud, preparando líderes con capacidad de construir cambios culturales necesarios (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019, p. 3-4).

Alguns pontos das metas possuem um elemento que merece destaque: a “conciencia salubrista” ou a consciência saudável. O termo, que se encontra em várias das metas, evoca a capacidade das pessoas de desenvolverem uma cultura saudável em suas vidas e a necessidade de tomarem parte na sua responsabilidade nos temas de saúde, participando e promovendo as mudanças necessárias. Essa consciência saudável deve ser objeto das ações da universidade, que deve não só promovê-la entre seus membros, mas também usar a sua influência acadêmica para formar profissionais que transmitam esse modo de pensar e agir para as populações atendidas. Em vários trechos das metas, é possível perceber um forte destaque à mudança

cultural como questão essencial para o atingimento da saúde. Também a mudança de estilos de vida é retomada como parte das metas.

A forma como o texto está construído chama a atenção de maneira peculiar. No primeiro momento, quando a análise de conjuntura é realizada, são destacadas diversas questões relacionadas ao contexto macropolítico e econômico, indicando-as como questões intrinsecamente relacionadas à produção de saúde. O texto passa, então, por uma quebra, propondo como solução para a saúde, diante daquela situação observada no mundo, o desenvolvimento da consciência saudável nas populações.

Essa consciência passa por mudanças de atitudes nas vidas pessoais, mas não só, ela conduz a assunção de responsabilidades em nível maior, dando a entender que o engajamento da população pode provocar mudanças importantes em questões macropolíticas e econômicas. Embora a utilização do recurso da participação popular diante dessas questões não seja algo em si negativo, sabe-se que apenas o envolvimento popular não é suficiente para alterar algumas das questões que o documento aborda. Não há nenhuma ressalva a esse respeito durante o texto. O conteúdo final se resume a esse entendimento³¹. Retomaremos a análise dessa tendência mais adiante, quando abordarmos algumas categorias importantes para a leitura geral dos documentos.

O último dos documentos, lançado recentemente, é a **Declaração de Coimbra** (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022b). Seus objetivos são os seguintes:

- Orientar e inspirar la acción proporcionando un marco que refleje los procesos y principios relevantes para la Promoción de la Salud alineados con los ODS;
- Generar diálogo e investigación que amplíe el alcance de las redes a nivel local, regional, nacional e internacional;
- Movilizar la acción intersectorial nacional e internacional con miras a integrar la promoción de la salud en todas las políticas y prácticas, favoreciendo así la progresión y el desarrollo continuo de la sociedad (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022b, p. 1).

Como se pode observar, a carta retoma os ODS como parte do escopo das UPS. Ela reforça ainda a inserção da Promoção da Saúde em todas as políticas e práticas, mantendo a tradição já encontrada em documentos anteriores.

³¹ O conceito de consciência saudável se distingue do conceito de consciência sanitária, expressão cunhada e desenvolvida por Giovanni Berlinguer, que influenciou o Movimento de Reforma Sanitária tanto na Itália quanto no Brasil. Esse último tem como significado a apropriação do entendimento da saúde enquanto direito e a ação individual e coletiva para alcançá-la como tal, o que difere da simples capacitação para gerir a própria saúde e controlar os determinantes e condicionantes que a produzem. (Fleury, 2015).

Essa correlação entre as UPS e os ODS é trabalhada no corpo do texto. Logo após a exposição dos seus objetivos, o texto da carta se detém em expor mais minuciosamente esse entrelaçamento, apresentando três categorias que agrupam os 17 pontos dos Objetivos e que pautam as propostas a serem apresentadas: sociedade, saúde e cultura; governança e economia e meio ambiente e mudanças climáticas.

Em seguida, o documento apresenta as suas metas por áreas temáticas:

Educación superior

- Reorienten todos los programas de formación y cualificación (no solo de salud) para incluir la promoción de la salud y la sostenibilidad, a través de la inclusión curricular de estos temas;
- Contribuir a la construcción de oportunidades que permitan superar la hegemonía del modelo biomédico y avanzar en el desarrollo de competencias que permitan la construcción colectiva, el desarrollo de capacidades y procesos de transformaciones profundas en el funcionamiento institucional y social.
- Apoyar la investigación y difusión de proyectos institucionales que se centren en la promoción de la salud y la sostenibilidad;
- Promover la creación de alianzas entre IESPS para intercambiar conocimientos y prácticas de promoción de la salud y la sostenibilidad

[...]

Promoción de la Salud

- Desarrollar políticas institucionales de Promoción de la Salud que incorporen los valores e ideología de salud en los documentos de misión institucional y planes estratégicos;
- Demostrar voluntad política para establecer estructuras institucionales para la Promoción de la Salud y el concepto de Universidad Promotora de la Salud, garantizando la asignación de talentos humanos especializados y recursos financieros que permitan la implementación de planes integrados de Promoción de la Salud;
- Implementar sistemáticamente buenas prácticas de Promoción de la Salud en los campus;
- Promover la responsabilidad social universitaria y la colaboración interinstitucional con los aliados sociales y organizacionales vinculados a la educación superior;
- Generar una agenda programática sistemática de acciones de educación en salud sobre temas relevantes (ODS) con alcance institucional y externo;
- Generar evidencias que contribuyan a las transformaciones culturales a favor de la vida y a la formulación de políticas públicas que la protejan y preserven;
- Fortalecer la agenda de investigación aplicada a los ODS, con el fin de generar conciencia y opinión pública a favor de la salud, la incidencia política y la respuesta social y ciudadana concertada.

[...]

Responsabilidad social

- Contribuyan de manera decisiva a la construcción de modelos de desarrollo institucional que posibiliten la equidad y el cuidado de la vida en la comunidad académica;
- Crear sistemas para la detección temprana de desigualdades sociales en la comunidad académica, dificultades para conciliar la vida laboral y extralaboral y las necesidades de apoyo social de los estudiantes (alojamiento y alimentación);

- Promover acciones para reducir las desigualdades y dificultades y incrementar el respeto por los derechos humanos, en particular la igualdad de género y generacional (por ejemplo, carreras, horarios y modelos de trabajo);
- Crear espacios de diálogo y cooperación dentro de su propia comunidad y redes de cooperación con las fuerzas sociales de la comunidad circundante, local y más amplia (por ejemplo, autoridades locales, empresas) para el desarrollo de proyectos de prestación de servicios, investigación y formación.

[...]

Sostenibilidad

- Implementen buenas prácticas para el desarrollo sostenible, induciendo una acción que tenga repercusión y replicación en la sociedad civil, inspirando aplicaciones en las más diversas áreas;
- Generar agentes de sensibilización y concienciación para el desarrollo sostenible y para la eco innovación;
- Potenciar la creación de redes (Redes de Campus Sostenibles; Alianza ODS; Ecoescuelas; Eco campus), optimizando procesos y procedimientos y aprovechando los resultados a través de las sinergias creadas;
- Establecer alianzas con el tejido empresarial, con el fin de transformar el conocimiento en valor;
- Invertir en la cualificación de los recursos humanos, en la capacidad de innovación y en la transferencia de esta innovación al tejido empresarial, contribuyendo al desarrollo sostenible;
- Contribuir al desarrollo de una visión crítica, al fortalecimiento de la participación y construcción colectiva, así como al desarrollo de competencias que contribuyan a las transformaciones culturales a favor del cuidado de la vida;
- Invertir en estrategias que permitan a las ciencias estar en diálogo con las realidades particulares y al servicio de generar oportunidades para la construcción de modelos alternativos de desarrollo (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022, p. 3-5).

Além das questões já percebidas nos documentos anteriores - especialmente a concepção de Universidade como, além de um ambiente saudável, liderança no processo de difusão da Promoção de Saúde - podem-se destacar alguns pontos percebidos nessas metas. Nas metas sobre a Educação Superior, denota-se a presença de uma orientação indicando o desenvolvimento de competências e capacidades que permitam construção coletiva nos processos de transformação institucional e social dentro daquilo que se preza no paradigma da Promoção de Saúde. Trata-se, novamente, de um chamado à participação comunitária, do reforço da ação comunitária, alinhado com a tradição da PSS. Essa orientação é reforçada no tópico “Sustentabilidade”, no qual se destaca que esse desenvolvimento de competências é necessário para realizar transformações culturais em favor do cuidado com a vida.

A carta também toca de maneira explícita em outras questões importantes que permeiam o espaço universitário, como a permanência estudantil e a conciliação das atividades familiares com as atividades laborais e de estudo. A abordagem desses temas demonstra uma aproximação maior do documento com as demandas que emanam da comunidade universitária e que, por certo, envolvem a produção de saúde no contexto universitário.

Tendo por base a apresentação inicial realizada, podemos partir para a análise mais aprofundada das questões observadas.

A estrutura básica dos documentos permite perceber uma correspondência entre o arcabouço teórico da PSS e os fundamentos do movimento UPS no território ibero-americano, no qual o Brasil está englobado. Essa correlação é feita sem dificuldade, visto que o próprio movimento, ao ser fundado, refere na Carta de Edmonton a sua intenção de se posicionar na esteira das Cidades Saudáveis e das Universidades Saudáveis da Europa. Uma característica que facilita essa correlação é a presença constante de termos alinhados à PSS, como equidade, holismo, sustentabilidade, intersetorialidade e empoderamento.

Entretanto, a pergunta que norteia essa pesquisa não se resume a apenas indicar qual marco teórico norteia a UPS na Ibero-América e, por consequência, no Brasil. Para além de responder qual o alinhamento mais evidente, o objetivo de realizar essa leitura inicial das estruturas e metas presentes nos documentos declaratórios foi compreender se, dentro da tendência dominante, outras tendências se colocam como influentes no processo de concepção do movimento UPS no território ibero-americano.

Considerando, então, a presença da tradição da PSS, quais outras tendências foram identificadas dentro dela?

Primeiramente, é preciso destacar que, aparentemente, repousa sobre a Universidade mais do que a intenção de se tornar um ambiente saudável. Seu potencial, sua vocação institucional, sua autoridade científica, permitem que sobre ela se deposite a função de difusora da Promoção de Saúde em diferentes níveis geográficos e em diferentes dimensões políticas. Essa expectativa se alinha com o envolvimento das UPS com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e também com a expressão de Arroyo (2022), que compreende a Universidade como o epicentro da Promoção de Saúde.

Além disso, a própria Promoção de Saúde parece ser compreendida mais do que como uma forma de organizar a atenção em saúde, mas como um paradigma que deve permear toda a organização social. Todos os problemas econômicos, políticos e sociais são interpretados como passíveis de mudança por meio da implementação da Promoção de Saúde. Essa tendência é reforçada com a referência ao programa “Saúde em todas as políticas”

A presença de indicativos para a mudança comportamental individual é pequena e pontual dentro do *corpus* analisado. Não se pode falar, portanto, em tendências de responsabilização individual como na corrente behaviorista. Contudo, é preciso destacar o apelo constante à participação popular, à ação da comunidade, como caminho para a transformação diante de complexas questões sociais e econômicas.

A fim de aprofundar no conhecimento dessas tendências, propomos, a seguir, algumas categorias para a leitura dos demais trechos dos documentos, as quais consideramos importantes para clarificar a compreensão ora desenvolvida. Para fins de exposição adequada das categorias, os documentos nem sempre serão abordados em ordem cronológica.

Diante da hipótese de que a Promoção de Saúde é mais um paradigma de organização social do que de orientação da política de saúde apenas, é importante compreender que concepção de **Saúde** se destaca nos documentos. Em Edmonton, podemos encontrar o entendimento de que Saúde é viver com qualidade de vida e bem-estar. Pamplona acrescenta a esse conceito o entendimento da multideterminação da saúde, incluindo a sustentabilidade e a responsabilidade social como fatores que compõem esses determinantes. A ideia de DSS permeia todos os documentos e é referenciada em Costa Rica, San Juan, Monterrey e Coimbra como base conceitual para a compreensão da Saúde (Carta [...], 2005; Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2009, 2011, 2013, 2019b, 2022b).

Okanagan se demora um pouco mais na definição de Saúde, trazendo uma referência ao conceito de saúde da OMS de 1946 - "bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad o dolencia" (Carta [...], 2015, p. 4). Essa referência é acrescida da compreensão de que a saúde é um conceito em expansão, que dialoga com a preservação dos ecossistemas. A carta refere ainda que a saúde pode ter uma acepção relacionada com o viver com autonomia, solidariedade e prazer.

Partindo dessa compreensão de saúde - multideterminada, voltada a uma vida com bem-estar e qualidade de vida - os documentos pautam aquilo que compreendem ser a definição de **Promoção de Saúde** e também os seus objetivos. Edmonton pontua que a Promoção de Saúde, seguindo Ottawa, é o processo para facilitar o controle das pessoas sobre os determinantes da sua saúde, melhorando, assim, a sua qualidade de vida. A carta sinaliza que a Promoção de Saúde é uma função central da Saúde Pública. Seguindo a mesma linha, Okanagan retoma a definição de Ottawa, destacando que a abordagem focada nos comportamentos é insuficiente para promover a saúde efetivamente. Conclama toda a sociedade a assumir essa missão, destacando que a Promoção de Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde. Alicante também repete a mesma definição presente no documento marco da PSS (Carta [...], 2005, 2017; Carta [...], 2015).

Costa Rica atribui ao paradigma a missão de proporcionar o bem-estar às populações, favorecendo a relação entre saúde e desenvolvimento. O documento sinaliza também que um dos principais desafios da Promoção de Saúde seria a transformação das relações excludentes e das condições que geram as inequidades (ou desigualdades), o que deve se dar por meio da

mudança radical, nos termos do documento, da conduta das populações e dos seus dirigentes, que são as causas de tais problemáticas. Uma das definições presentes no documento parece ratificar a hipótese de que a Promoção de Saúde surge mais do que um paradigma para a saúde em si: “Impulsar la Promoción de la Salud como la *estrategia fundamental para modificar determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos asociados a la producción de la salud*” (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011, p. 4, grifo nosso). A carta refere também que as estratégias de Promoção de Saúde devem garantir o acesso universal aos serviços básicos para a população.

San Juan de Puerto Rico não se demora em detalhar conceitos de Promoção de Saúde, mas atribui à vontade política a responsabilidade de promover uma cultura banhada pelo paradigma. Estimula ainda a criação de espaços de reflexão e crítica no âmbito universitário, a fim de que essa vontade política possa ser influenciada e a Promoção de Saúde se torne prioridade institucional na Universidade e no Estado. Ciudad Juárez, Pamplona e Monterrey não apresentam muitas contribuições para o conceito, limitando-se a se referir às cartas de Promoção de Saúde como base de sua conceituação (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2007, 2009, 2013, 2019b).

Coimbra, o documento mais recente, apresenta um conceito com dois momentos. No primeiro, tende a seguir a linha de abordagem macropolítica e econômica pelo viés da saúde:

La Promoción de la Salud (PS) es un modelo político y estratégico asociado al campo de la salud pública mundial que *brinda los medios para promover: la equidad, la libertad, la inclusión, los derechos humanos, el desarrollo humano, el desarrollo y el cambio social en nuestros países* (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022, p. 3, grifo nosso).

Num segundo momento, parece procurar posicionar a Promoção de Saúde num lugar mais coerente:

La PS es el marco conceptual y operativo por excelencia para abordar los Determinantes Sociales de la Salud y ODS a través de las siguientes acciones complementarias: el desarrollo de políticas intersectoriales favorables a la salud; la defensa de la salud; la movilización social y comunitaria; el desarrollo de alianzas y redes sociales para promover la incidencia ciudadana y política de la salud; el desarrollo de entornos favorables a la salud; la educación para la salud; la alfabetización en salud que promueva una mirada crítica y genere respuestas sociales concertadas para abordar los determinantes de la salud; el desarrollo de sistemas universales de salud y sistemas integrales de atención primaria de la salud; entre otras acciones (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022, p. 3).

No primeiro trecho, a compreensão dominante é a de que a busca pela Promoção da Saúde submete todas as demais questões da sociedade, da mais a menos complexa. No segundo excerto, a Promoção de Saúde aparece como escopo fundamental das ações em Saúde Pública,

interferindo em outras questões sociais mais amplas, de fato, mas tendo como objetivo primeiro o fortalecimento da política de Saúde.

É importante recordar que todos os documentos seguem a tradição inaugurada pela PSS, na qual, conforme Ottawa indica e Edmonton, Okanagan e Alicante reforçam, a Promoção de Saúde é o processo para promover o controle das pessoas sobre os determinantes sociais que afetam a sua saúde. Se prospera a concepção explicitada em Costa Rica e a primeira concepção de Coimbra, tem-se o seguinte esquema de hipóteses:

- a) a Promoção de Saúde é a chave da mudança social global;
- b) são as pessoas que, capacitadas por meio da Promoção de Saúde, assumem o protagonismo da mudança.

Partindo dessas hipóteses, é preciso avaliar como os documentos declaratórios compreendem este **contexto macrossocial, político e econômico** que é objeto da mudança a ser provocada. São poucas as declarações que fazem referências nesse sentido, mas as que o fazem apresentam ricas contribuições para a análise. A primeira das declarações é a de Costa Rica. Como já mencionado anteriormente, a carta inicia com algumas considerações a respeito do contexto político, social e econômico. Costa Rica traz uma citação longa da Declaração de Santafé de Bogotá (OPAS, 1992), na qual denuncia as inequidades - desigualdades - geradas pela crise e pelas políticas de ajuste macroeconômico, ressaltando as graves consequências sobre a saúde das pessoas e sobre os recursos que poderiam atender as necessidades geradas por essa situação. O documento segue apontando a existência de inúmeras desigualdades em nível econômico, ambiental, social, político e cultural, e também de cobertura, acesso e qualidade dos serviços de saúde, acentuadas pelas políticas de ajuste e pela redução dos gastos sociais (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011).

O segundo documento que traz esse tipo de conteúdo é Monterrey. A declaração conclama a sociedade a lutar por modelos de desenvolvimento e orientações políticas que priorizem o desenvolvimento humano e sustentável. O documento faz um apelo para que se construa uma sociedade baseada na liberdade e na justiça social, na qual seja abolida a reprodução estrutural das inequidades e na qual se possa viver de forma sustentável, soberana, solidária e biossegura (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019b).

Ambos os documentos trazem uma enraizada consciência acerca das mais diferentes questões que influenciam a saúde. Para todas essas amplas e complexas questões, as quais envolvem dilemas políticos, de poder e de interesse econômico, as declarações sugerem encaminhamentos que parecem limitados frente a tudo o que foi pontuado em Costa Rica, como já referido anteriormente, uma mudança na conduta das populações e seus dirigentes. Em

Monterrey, como apontado na primeira parte deste tópico, o desenvolvimento de uma consciência saudável na população.

Monterrey insiste na consciência saudável com bastante veemência. A princípio, seu conteúdo parece apelar para a força da participação popular, declarando que muitas vezes as pessoas desconhecem a potência da possibilidade de engajamento nas questões que as cercam. De fato, o documento argumenta que é necessário realizar ações com as pessoas e não transformá-las em objetos passivos. Daí a necessidade de desenvolver nas populações a consciência saudável, que lhes permitirá identificar essas possibilidades e, dessa forma, autogerir sua saúde. A questão é que o documento insiste na participação não apenas como elemento importante de protagonismo popular, mas sim como elemento central de mudança em favor da saúde pública. Em outros termos, a consciência saudável é a assunção radical da responsabilidade sobre si mesmo e sobre o que ocorre em sua comunidade em termos de saúde. É a conduta do povo, repetindo o termo de Costa Rica, que deve ser a mola propulsora da mudança.

Replicamos a seguir alguns trechos nos quais o chamado ao desenvolvimento da consciência saudável parece evocar a responsabilidade central do povo pela mudança conclamada no início do documento:

Es clara la necesidad de emprender un extraordinario esfuerzo por desarrollar en nuestros pueblos una nueva cultura y conciencia salubrista que permita a las personas, en su plano individual y comunitario, tomar control sobre su salud; autogestionar su salud; desarrollar autonomía en salud y participar corresponsablemente en la coproducción de salud

[...]

Esta nueva cultura salubrista implica el reconocimiento de que nuestro estado de salud está condicionado por la calidad de nuestras relaciones, del buen trato, el trato saludable que tenemos con la naturaleza, con los otros seres humanos y con nosotros mismos. Tenemos que comprender que cuando somos indiferentes al mal en la naturaleza o en la sociedad, se afecta nuestra propia salud y ser conscientes de la responsabilidad frente a las generaciones futuras en la preservación de las condiciones para la salud y la vida.

[...]

El desarrollo de esta cultura y conciencia salubrista implica el desarrollo de iniciativas y proyectos de emprendimiento en salud que lleven a las personas a concienciarse en materia de salud; es decir, no sólo a construir conocimientos sobre qué son la salud y la promoción de la salud, en el sentido amplio que hoy día la entendemos, sino también al desarrollo de una sensibilidad y valores salubristas y al deseo y la voluntad de salud, para plantearse problemas y tomar decisiones en salud.

[...]

El desarrollo de la conciencia salubrista implica la construcción de una ética de los derechos del cuerpo y del ambiente saludable; y un ejercicio político salubrista que nos lleve corresponsablemente a reconocer que no sólo tenemos derechos que reclamar en materia de salud frente al Estado sino que también tenemos la obligación de nosotros mismos en el plano individual y colectivo

de nuestras comunidades gestionar nuestra salud (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019, p. 2-3).

Poderíamos procurar nos demais trechos do documento outros agentes que se destacassem como centrais para compreender a forma como a sociedade se estrutura e o que pode ser feito para provocar a mudança esperada - como o Estado e o setor privado, a título de exemplo - mas o documento não os cita. Na verdade, o documento destaca que a ação do Estado tem uma considerável limitação: “El Estado se ha demostrado incapaz garantizar condiciones para la salud, la sostenibilidad y la vida y atender en forma plena y efectiva los crecientes gastos de salud de nuestros pueblos” (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022, p. 2).

Resta compreendido que a consciência saudável - que pode ser entendida como a internalização da responsabilidade sobre as questões de saúde nas comunidades e nos indivíduos - é a principal chave da mudança.

É importante destacar que essa não é a visão predominante em todos os documentos. Coimbra, a título de exemplo, como já demonstrado nas metas elencadas para as instituições, combina a participação popular com a mudança institucional, abordando importantes questões de permanência estudantil e de gênero em seu texto. No entanto, Costa Rica, Monterrey e, em certa medida, também Edmonton, Okanagan e Alicante - esses últimos por repetirem o mote de Ottawa que refere a Promoção de Saúde como o processo de controle das pessoas sobre os DSS - reforçam essa visão.

Retomando o esquema de hipóteses anteriormente proposto, temos reforçada a ideia de que são as pessoas, diante das mais variadas e complexas questões sociais que escapam em boa parte à sua capacidade de ação, as responsáveis pela mudança social global a que a Promoção de Saúde se destina.

Diante dessa tendência inferida, cabe questionar qual é o papel destinado à **Universidade** nesse processo que a transforma em “promotora da saúde”. Vale a pena, ainda, compreender o que se entende como missão da Universidade como instituição.

Edmonton propõe que as metas do milênio (atualmente ODS) são um importante marco para compreender o potencial papel das Universidades. Recorda seu papel de ensino e produção do conhecimento, lembrando também como sua organização pode influenciar a saúde de seus membros. A Universidade é lembrada ainda pelo seu papel de influenciar os tomadores de decisões e sua capacidade de trabalhar como catalisadora de mudanças, o que interessa à Promoção de Saúde (Carta [...], 2005).

O documento se demora ao detalhar as transformações que devem ocorrer numa instituição que se compromete com a estratégia UPS. Seus tópicos apresentam uma espécie de rol de princípios e ações que devem dirigir as instituições com esse propósito. Nesse rol, a carta refere que tais universidades devem assumir a responsabilidade de melhorar os níveis de saúde de seus membros e também da sociedade em geral. Isso ocorre por meio da oferta de serviços de saúde, de intervenções para melhorar os ambientes de estudo e trabalho, de ações para que a comunidade universitária assuma a sua responsabilidade por sua saúde, pela difusão dos conceitos de Promoção de Saúde e pelo incentivo ao engajamento e participação em temas relacionados à saúde no *campus*, pelo estímulo à pesquisa em Promoção de Saúde e pela assunção da liderança no desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Edmonton destaca a necessidade de impregnar os líderes institucionais com os conceitos “Saúde para todos” e “desenvolvimento sustentável”. Salienta ainda a necessidade de promover processos colegiados de governo, o compromisso individual e comunitário com o paradigma, o trabalho em rede, os espaços de participação, as ações de *advocacy*, o empoderamento da comunidade, a justiça social, inclusão e a equidade, bem como a sustentabilidade e as políticas públicas saudáveis (Carta [...], 2005).

Pamplona também destaca a tríade da identidade universitária - ensino, pesquisa e extensão - e destaca como a Universidade é considerada sempre uma instituição de referência para a comunidade local, regional e global. Numa continuação não esperada, Pamplona se refere à Universidade como “una organización preocupada, cada vez más, por su imagen, su rendimiento y sus resultados de gestión económica dentro de un mercado competitivo” (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2009, p. 2). Seguindo o tom já observado nas metas propostas, Pamplona trata as Universidades como, meramente, empresas. Essa compreensão gera estranheza porque não são apenas as instituições privadas com fins lucrativos que podem aderir à estratégia UPS. Embora uma boa gestão econômica seja algo adequado e esperado para todo e qualquer tipo de instituição, a expressão acima reproduzida demonstra que se espera da Universidade mais do que uma gestão adequada, mas uma gestão que considere um mercado competitivo. Rastreando as origens desse conceito, verificamos que se trata de uma citação literal de um trecho do artigo “*Universities and health in the twenty-first century*” do livro “*Health Promoting Universities: Concept, experience and framework for action*”. O livro, utilizado na revisão de literatura desta dissertação, contém elementos históricos e conceituais da experiência de Universidades Promotoras de Saúde desenvolvida no Reino Unido. Em verdade, seu conteúdo originalmente poderia se referir apenas à realidade local na qual o artigo foi escrito e do qual nada podemos afirmar sobre a natureza organizacional das

instituições. O que gera estranheza, com efeito, é a aplicação desse conceito para a realidade da rede ibero-americana, na qual convivem, como já demonstrado, instituições das mais diversas naturezas. Embora essa tendência não se replique nos demais documentos, pode-se retomar aqui a discussão já realizada sobre a intenção de introduzir sobre o movimento os princípios do gerencialismo e afirmar que Pamplona dá contribuições nesse sentido (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2009).

Ao destacar o que se espera de uma Universidade Promotora de Saúde, a declaração reforça a necessidade do comprometimento dos órgãos de governo e da consolidação de estruturas participativas para docentes, trabalhadores técnicos e estudantes. Pamplona ainda destaca a importância das ações de monitoramento para identificação das novas doenças e estilos de vida dentro do *campus*, bem como da inclusão dos princípios da Promoção de Saúde dentro dos currículos. Salienta a relevância da pesquisa sobre áreas correlatas ao paradigma (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2009)

Costa Rica traz um conceito combinado de Universidade e de sua relação com a Promoção de Saúde. O texto afirma que as instituições devem assumir um compromisso de formar profissionais capazes de transformar as sociedades nas quais se inserem e que, por isso, a Promoção de Saúde deve ser um compromisso inevitável. Por seu potencial de autoridade científica, segue o texto, a Universidade tem poder para sensibilizar as autoridades políticas, a comunidade universitária, os formadores de opinião e a sociedade em geral sobre os impactos da Promoção de Saúde. San Juan de Puerto Rico repete esse último conceito (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011, 2013).

A Declaração de Costa Rica, ao se deter sobre a missão da Promoção de Saúde por meio da Universidade, destaca que o movimento UPS surge como uma resposta da academia para desenvolver ações que gerem melhores condições de vida para a população em geral. O documento retoma também uma expressão de Ottawa, afirmando que todo esse processo deve servir para facilitar as opções saudáveis. Aqui se recorda que o documento marco da PSS tem como um de seus objetivos inaugurar um movimento de criação de condições para que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis de serem feitas. Essa intenção, não obstante possua uma possibilidade de interpretação positiva - transformar as condições estruturais que limitam as escolhas pessoais e a realização mais plena da saúde -, encontra um entrave quando se denota que os mesmos documentos, tanto Ottawa quanto Costa Rica, apontam para a capacidade de controle das pessoas sobre os determinantes sociais e as suas condutas em nível pessoal como chave da Promoção de Saúde (Organização Mundial da Saúde, 1986; RIUPS, 2011).

Em San Juan de Puerto Rico encontramos um guia para a construção de uma política institucional de Promoção de Saúde para uma UPS. Nesse guia, são contemplados elementos que apontam tanto para a construção de um ambiente saudável no interior da instituição quanto para o impulsionamento da Promoção de Saúde no âmbito extramuros da Universidade. Há o estabelecimento de um compromisso em torno da abordagem dos DSS, da Saúde Pública e do impulsionamento de ações que provoquem mudanças culturais pautadas pela Promoção de Saúde (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2013).

Okanagan também recorda o protagonismo da Universidade em seu território. Relembra também a capacidade de influenciar o desenvolvimento dos estudantes e o potencial de liderança em ações de *advocacy* diante das autoridades políticas. A carta, assim como outros documentos, faz referência à importância da Universidade como produtora de conhecimento e como autoridade científica. Okanagan ainda refere que a Universidade é, por sua natureza, parte essencial de qualquer estratégia de Promoção de Saúde. A carta sinaliza diversas oportunidades relacionadas à Promoção de Saúde no *campus*, para além da produção de conhecimento e promoção de ações de cuidado para a comunidade universitária, como o alinhamento com as ações do “Saúde em todas as Políticas” e os ODS, e também a formação de novos profissionais, de maneira que esses se tornem cidadãos saudáveis e lideranças locais. Alicante comenta essa liderança, mencionando que ela se refere também aos processos internos de organização do cuidado em saúde na Universidade e que ela se origina do termo “controlar os determinantes”, presentes em vários outros documentos, como já referido anteriormente (Carta [...], 2015; Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2017).

Ao comentar o papel das UPS, Okanagan refere que a Promoção de Saúde, por meio das Universidades e demais instituições de ensino superior, transforma a saúde e a sustentabilidade das sociedades, contribuindo para o bem-estar das pessoas e do planeta. A carta também comenta o potencial para dentro dos *campi* que aderem a estratégia, destacando a construção de ambientes nos quais prosperam a equidade, a justiça social e o bem-estar. Okanagan sugere algumas perspectivas para as abordagens em Promoção de Saúde dentro das UPS, baseadas nos princípios do paradigma. Essas abordagens contemplam os conceitos de intervenções produtoras de saúde, holismo, DSS (nos quais a carta inclui a economia), enfoques ampliados que abarquem todas as ações da Universidade, ações participativas, transdisciplinaridade, ações baseadas em evidências e a valorização dos povos indígenas e migrantes. Okanagan reforça também a esperança de que o seu conteúdo impulse, por meio das Universidades, a Promoção de Saúde em nível internacional (Carta [...], 2015). Alicante também comenta todos os potenciais da UPS e destaca que a sua construção deve ser compreendida como uma

responsabilidade coletiva por meio da ação participativa (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2017).

Monterrey não traz contribuições muito robustas para a compreensão do papel da Universidade enquanto instituição, mas, ao se deter sobre as UPS, destaca sua importância enquanto produtora de saúde para seus membros e também como influenciadora dos futuros tomadores de decisão (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019b).

Coimbra, ao se debruçar sobre a missão da Universidade, toca na sua responsabilidade diante das necessidades locais, regionais e nacionais. Evocando essa responsabilidade, a declaração refere que a Universidade deve contribuir para “*la construcción de una sociedad políticamente más democrática, ambientalmente más sostenible, culturalmente más preparados y económicamente más fuertes*” (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022b, p. 4, grifo nosso). O documento também defende a relação entre a missão universitária e os ODS, argumentando que, ao assumir uma metodologia ligada a esses objetivos, as instituições realizam um papel importante para a diminuição dos riscos ambientais, porque se comprometem com ações para a conservação dos recursos naturais, a contenção das mudanças climáticas e a construção de modelos mais sustentáveis de produção.

Já abordando a instituições que aderem a estratégia, especificamente, Coimbra relata o quanto as ações das UPS interferem nos elementos elencados como parte dos DSS e promovem equidade, justiça social e bem-estar para seus membros. Também destaca o engajamento das instituições em questões de sustentabilidade ecológica, lançando luz especialmente sobre as contribuições científicas. Ainda tocando a realidade das UPS, Coimbra retoma a importância dos ODS para essas instituições, argumentando que os ODS se constituem mais do que metas concretas, mas também um conjunto de oportunidades e mercados para as Universidades. A declaração ainda refere o papel decisivo de liderança que as Universidades devem assumir enquanto agentes da Promoção de Saúde, por meio do qual auxiliarão na construção de uma nova consciência e cultura em torno de objetivos comuns. Como parte dessa ação, o documento reforça o potencial que existe no ensino, por meio do qual não se deve apenas transmitir conhecimentos, mas também formar cidadãos críticos, capazes de participar ativamente das questões socialmente relevantes (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022).

A leitura dos trechos destacados permite verificar a solidez da hipótese de que a Promoção de Saúde encontra na Universidade uma espécie de mola propulsora. Em todos os excertos aqui reunidos, os documentos destacam elementos próprios da cultura universitária, como o potencial do ensino para a mudança na sociedade, as contribuições científicas, a

capacidade de influência em questões que interessam a organização social, econômica e política, os diálogos que a Universidade é capaz de realizar junto às autoridades políticas e os interpretam como potências *para a* Promoção de Saúde. Todos esses elementos constituem como que um arsenal que favorecem a construção, por meio da Universidade, de uma nova cultura e consciência baseada no paradigma, como destacam expressamente Monterrey e Coimbra, em toda a sociedade.

Vale retomar aqui o esquema de hipóteses proposto anteriormente, incluindo nele outro elemento baseado na compreensão inferida a partir desses trechos:

- a) promoção de Saúde é a chave da mudança social global;
- b) são as pessoas que, capacitadas por meio da Promoção de Saúde, assumem o protagonismo da mudança;
- c) a Universidade, uma vez que adere à estratégia UPS, constitui-se em um elemento chave nesse processo de mudança, emprestando à Promoção de Saúde sua autoridade científica e sua capacidade de influência para construir uma nova cultura e consciência saudável dentro e fora do *campus*.

Diante dessas proposições, consideramos relevante compreender também qual papel é destinado ao **Estado** nesse processo. O Estado pode, é claro, estar presente nesse processo por meio da ação da Universidade quando essa é estatal. No entanto, interessa nesse momento compreender que posição assume o Estado para o movimento UPS. Essa análise é importante para compreender de que forma a responsabilidade por fazer da saúde um canal de mudança social se distribui na sociedade.

São poucos os documentos com referências expressas ao Estado. Apenas Costa Rica, Alicante, Monterrey e Coimbra o mencionam. Quando o fazem, aparentam ter uma compreensão bastante diversa de sua posição no processo de promover a saúde. Costa Rica, como já mencionada anteriormente, cita o Estado no contexto da denúncia a respeito da adesão às políticas de ajuste macroeconômico e redução dos gastos sociais e também da criação de espaços de participação para que o Estado assuma a Promoção de Saúde como prioridade. San Juan de Puerto Rico repete em seu conteúdo esta última assertiva. Alicante traz um rol de metas específicas para a ação estatal, indicando que, por meio dessa, estimulem-se a criação e manutenção de ambientes saudáveis e redes de ambientes saudáveis em outros espaços da sociedade, contando com o apoio da Universidade. Monterrey cita o Estado para destacar, como já referido, que ele tem se mostrado incapaz de lidar com os crescentes custos de atenção à saúde e ainda que não há acesso garantido a todos aos serviços para a população. Coimbra, parecendo rumar numa direção oposta, destaca que faz parte do projeto de Promoção de Saúde

a criação de sistemas universais e integrais de atenção à saúde, especialmente de APS (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011, 2017, 2019b, 2022b).

Em alguns trechos, o Estado parece ser instado a participar mais ativamente do processo de produção de saúde, quando sua inação ou mesmo ação contrária é denunciada. Parece também ser chamado à ação quando é solicitado a construir sistemas universais e integrais de atenção à saúde. Já em outros, o Estado parece ser indicado como um agente ineficaz, como quando Monterrey afirma que já não há como dar conta dos custos de saúde pela via estatal. Essas informações se revelam um tanto conflitantes. Solicitar que outros protagonismos sejam lançados diante da ineficácia do Estado e, ao mesmo tempo, pleitear a construção de sistemas universais de saúde significa defender bandeiras que se chocam frontalmente. Resta confusa a interpretação do papel que assume o Estado na Promoção de Saúde por meio da Universidade. Embora se possam identificar algumas tendências, a aparente sustentação de caminhos opostos impede a construção de uma conclusão mais definitiva sobre o tema por ora.

A leitura realizada por meio das categorias propostas permitiu, até este momento, o levantamento de algumas hipóteses, as quais passamos a sustentar como teses diante das evidências encontradas. Essas teses serão retomadas adiante.

Antes de adentrarmos na discussão a respeito dessas tendências, é necessário se deter sobre a realidade brasileira, cujo foco deste trabalho também abrange.

3.3.2 No chão do Brasil: reflexos da estratégia UPS nas políticas de Saúde e/ou Promoção de Saúde das Universidades Públicas Brasileiras

A implementação da estratégia UPS em uma instituição não depende apenas da adesão formal à Rede. De fato, muitas instituições, antes mesmo de se vincularem à RIUPS e/ou à REBRAUPS, possuem programas e projetos que as tornam capazes de já ser considerada como uma instituição que promove saúde em seu espaço. A adesão às redes, em muitas circunstâncias, consiste apenas no coroamento das várias iniciativas já existentes na instituição, as quais devem passar a ser integradas sob um projeto de UPS a partir daquele momento, ou no reconhecimento da intenção de realizar ações nesse sentido, como já esclarecido quando se tratava da REBRAUPS.

Em resumo, a transformação de uma instituição de ensino superior em um ambiente saudável é algo que se deve mais à vontade de agentes da própria universidade, vontade essa que passa tanto pelo desejo de atender uma demanda própria da comunidade universitária quanto pela disposição política de abraçar essa ideia de transformação. É por isso que muitos

autores considerados referências no assunto afirmam que a UPS é um projeto que depende de estrutura (humana e financeira), de decisões estratégicas assumidas pelas autoridades institucionais e da formulação de políticas que perpetuem e orientem este projeto (Muñoz; Cabieses, 2008; Bravo-Valenzuela *et al.*, 2013).

A implementação de uma política orientada pela Promoção de Saúde permite que as ações deste cunho sejam orientadas por objetivos de curto, médio e longo prazo. As ações já existentes na instituição e aquelas que vierem a existir a partir daquele momento, continuarão a gozar de liberdade de iniciativa, mas passarão a ser integradas por meio de um trabalho coordenado, visando aos objetivos estabelecidos. Esses objetivos devem estar alinhados com os interesses e compromissos da comunidade universitária (Lange; Vio, 2006).

Arroyo e Rice (2009), no documento *Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas*³², esclarecem que o próprio conceito de UPS está vinculado à existência de uma política institucional que, orientada pelos princípios gerais da Promoção de Saúde, apoie e fomente ações que promovam saúde no âmbito institucional. Os autores prosseguem sua conceituação, fornecendo os elementos essenciais que devem estar presentes nessa política:

Desarrollo de normativa y Políticas Institucionales para propiciar ambientes favorables a la Salud;
Desarrollo de acciones de formación académica profesional en PS y EPS y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria;
Desarrollo de acciones de investigación y evaluación en PS;
Desarrollo de acciones de Educación para la Salud, Alfabetización en Salud y Comunicación en Salud;
Ofrecimiento de Servicios preventivos y de Cuidado y Atención a la Salud;
Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderato y abogacía en salud en los integrantes de la comunidad universitaria;
Desarrollo de acciones con alcance familiar y comunitario; y
Otras instancias institucionales y sociales de Promoción de la Salud, basadas en el reconocimiento e imperativos del enfoque de los determinantes sociales de la salud, que contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y el ambiente externo (Arroyo; Rice, 2009, p. 3).

Partindo da literatura existente sobre o tema é que elegemos as políticas institucionais de Promoção de Saúde e/ou Saúde para a continuidade dessa análise. Sendo a política um elemento tão essencial para o projeto de UPS, esperou-se nesses instrumentos encontrar elementos que pudessem fornecer uma compreensão mais aprofundada a respeito da

³² Arroyo e Rice assinam este documento como editores, mas sua elaboração contou com a participação de representantes de diversos países da Ibero-América. Seu conteúdo, referendado pela OPAS, foi preparado como documento de trabalho a ser apresentado e discutido na Conferência de Pamplona.

incorporação dos diferentes delineamentos de Promoção de Saúde na universidade brasileira. Esses diferentes delineamentos consideram tudo o que fora levantado durante a revisão de literatura, bem como as tendências suscitadas durante o estudo dos documentos declaratórios no tópico anterior.

A busca por essas políticas partiu da identificação do documento junto aos portais digitais oficiais das instituições já identificadas, conforme detalhado no tópico a respeito dos procedimentos metodológicos.

Dito isso, é preciso fazer algumas ressalvas a respeito dos elementos identificados durante a pesquisa.

Nas instituições vinculadas à RIUPS e/ou à REBRAUPS foram identificadas inúmeras experiências, projetos e serviços vinculados à estratégia UPS, contudo, sem que houvesse uma política institucional amparando essas ações. São ações de pesquisa, de atenção e cuidado em saúde para a comunidade universitária, de extensão, de formação, que acontecem sob a liderança de agentes comprometidos com a estratégia, mas que ainda não gozam de amplo amparo institucional e ainda carecem de uma política. Devido à imensa variabilidade de condições em que se dão essas atividades e à falta de um vínculo com uma política mais ampla, essas ações, se bem que dignas de nota, não serão avaliadas aqui. Existem ainda várias outras iniciativas que, em termos práticos, promovem saúde dentro de seus espaços universitários, mas não possuem vínculo com a estratégia UPS, ainda que sua instituição tenha o reconhecimento formal de alguma ou de ambas as redes. Esses casos também não serão avaliados, uma vez que seu embasamento teórico não repousa necessariamente sobre a Promoção de Saúde. Uma breve exposição acerca das atividades de cada instituição pode ser encontrada no Apêndice 5.

A pesquisa pelo material revelou também que algumas instituições se encontram em processo de construção ou aprovação de políticas de saúde para estudantes e/ou servidores, como a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e a Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Também essas, por questões de tempo, não poderão compor o *corpus* da análise documental.

Os documentos a serem analisados neste tópico, portanto, são apenas as políticas institucionais que embasam projetos de saúde dentro das universidades públicas brasileiras vinculadas à RIUPS e/ou à REBRAUPS e que, conforme já pontuado no tópico a respeito dos procedimentos metodológicos, tenham entrado em vigor no período que sucedeu a adesão da universidade à estratégia UPS.

Há ainda uma outra distinção a ser feita. Das políticas encontradas nas instituições reconhecidas como UPS que apresentam ações voltadas à promoção de saúde³³, uma parcela delas não apresenta como fundamento explícito a estratégia ora estudada. Isso posto, não há certeza quanto ao vínculo teórico e metodológico das ações das referidas políticas com a Promoção de Saúde.

No Quadro 6, estão dispostas as universidades cujas políticas referem atividades de promoção de saúde e também a informação quanto à presença explícita do referencial da Promoção de Saúde:

Quadro 6 - Universidades com políticas institucionais que referem ações de promoção de saúde

Universidade	Política	Referência à UPS
Universidade Federal de Pernambuco	Resolução 07/2021/CONSAD Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho do Servidor	Sim
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Resolução n. 386-CD/2023/UFMS Programa Se cuide!, Te amo!	Sim
Universidade Federal da Paraíba	Resolução n. 38/2021 Núcleo Universitário de Bem-Estar - NUBE/CCS/UFPB	Sim
Universidade de Brasília	Ato do Decanato de Assuntos Comunitários n. 04/2021 Diretrizes para implementação dos princípios da Universidade Promotora de Saúde na Universidade de Brasília	Sim
Universidade Federal da Integração Latino-Americana	Resolução n. 16/2022/CONSUN Política de Assistência Estudantil	Não
Universidade Federal do Tocantins	Resolução n. 94/2023/CONSUNI Política de Qualidade de Vida no Trabalho	Não
Universidade do Estado de Minas Gerais	Resolução CONUN/UEMG n. 523/2021 Regulamentação, estruturação e implementação dos Núcleos de Apoio ao Estudante	Não
Universidade Estadual de Goiás	Resolução CsU n. 1098/2023 Política de Assuntos Estudantis	Não

³³ A distinção da grafia das expressões “Promoção de Saúde” e “promoção de saúde” se dá porque no primeiro caso fala-se diretamente do paradigma estudado nesta dissertação, enquanto no segundo refere-se à ação de promover saúde.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Considerando essas informações, apresentaremos nos próximos parágrafos as análises dos documentos encontrados em dois momentos distintos: primeiro serão examinadas as políticas em cujo fundamento está a estratégia UPS; segundo, serão analisadas as outras políticas, deixando clara a ressalva quanto à incerteza do embasamento desses documentos na Promoção de Saúde e, conseqüentemente, a não centralidade desses achados para o conteúdo e objetivos desta pesquisa. As análises serão organizadas numa seção preliminar de apresentação e descrição do documento e numa segunda seção de análise, no qual se procurará responder à pergunta que norteia essa dissertação.

3.3.2.1 Políticas relacionadas à estratégia UPS

A primeira política a ser apresentada e analisada pertence à **Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)** e leva o nome de “Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho do Servidor”³⁴. A política pertence ao âmbito da gestão de pessoas e abarca todas as ações de Promoção de Saúde direcionadas aos servidores técnicos e docentes da instituição. Nas disposições preliminares do documento, encontra-se uma definição que procura resumir os objetivos da política:

A Política de Promoção à Saúde (PS) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do Servidor no âmbito da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE é um projeto institucional de gestão de pessoas expresso em conceitos, fundamentos e práticas que objetivam orientar a promoção à saúde e qualidade de vida no trabalho para os servidores; com fins de promover o bem-estar no ambiente de trabalho e contribuir para a efetividade da função social da instituição (Universidade Federal de Pernambuco, 2021a, p. 1-2).

Como princípios, o documento apresenta os seguintes tópicos:

- I - valorização do trabalhador como protagonista do processo laboral, conduzindo a um ambiente de bem-estar, satisfação dos servidores e ao êxito institucional.
- II - promoção de um ambiente laboral atento às demandas de saúde dos servidores, a partir de uma compreensão do ser humano integral, além do ambiente de trabalho.
- III - reconhecimento e valorização das contribuições dos servidores e colaboradores no cumprimento da função social da instituição.
- IV - desenvolvimento e crescimento profissionais pautados por critérios transparentes, justos e alinhados com a função social da Instituição.

³⁴ É preciso esclarecer que a Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho do Servidor não resume as atividades da UFPE no que se refere à Promoção de Saúde. Há também uma comissão específica que trata das atividades relacionadas à UPS que ainda não é amparada por uma política institucional mais ampla (Universidade Federal de Pernambuco, 2021b). Devido aos critérios estabelecidos para a seleção do material a ser examinado, apenas a referida política comporá o material de análise.

V - ambiente seguro e com boas condições de trabalho, que não coloque riscos à integridade física e à saúde dos servidores e colaboradores.

VI - transparência na comunicação com a comunidade institucional.

VII - integração entre os servidores, colaboradores e unidades administrativas.

VIII - realização profissional de servidores e colaboradores.

IX - aprimoramento permanente das relações socioprofissionais, proporcionando participação, respeito e cooperação entre os agentes envolvidos.

X - organização do trabalho como fonte de bem-estar, através do equilíbrio nas distribuições de responsabilidades.

XI - qualidade de vida no trabalho como uma responsabilidade institucional contínua e tarefa de todos os servidores e colaboradores.

XII - integralidade buscando garantir ao indivíduo uma qualidade de vida no trabalho que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural.

XIII - intersetorialidade visando à articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social (Universidade Federal de Pernambuco, 2021a, 2-3).

Além dos princípios, a política possui também eixos norteadores:

I - Promoção da saúde e segurança no trabalho: contribuir para o favorecimento e manutenção dos mais elevados níveis de bem-estar físico, mental e social dos servidores;

II - Desenvolvimento de pessoas: promover o desenvolvimento pessoal e profissional permanente do servidor público, respeitando a diversidade em suas mais variadas formas e a liberdade do pensamento, adequando as competências individuais aos objetivos da instituição, orientado pelas políticas de Gestão de Pessoas e pela identidade institucional, comprometido com a função social da UFPE;

III - Lazer e vida social: promover vivências necessárias aos seres humanos, caracterizando-se por experiências lúdicas, culturais e, até mesmo, relaxantes; e

IV - Práticas de gestão do trabalho: estimular as práticas inerentes à gestão, em seus diversos segmentos, para desenvolver nos servidores o comprometimento, a motivação e a humanização no contexto do trabalho (Universidade Federal de Pernambuco, 2021a, p. 3).

Partindo desses objetivos, princípios e eixos, a política apresenta um rol parcialmente taxativo de ações que devem ser contempladas no planejamento institucional. Nos tópicos não taxativos, o documento propõe o incentivo às iniciativas que contribuam para a construção de um ambiente de trabalho saudável, como a permanente realização de avaliações do ambiente físico e psicossocial de trabalho, a criação de ações de promoção de saúde, a oferta de capacitações aos servidores sobre seus direitos e deveres e também para dar a conhecer mais claramente os objetivos e a função social da instituição, o cumprimento da Lei de Acesso à Informação e a formação adequada para os gestores a respeito do exercício de cargos de chefia. No rol mais taxativo, a política institui a determinação da realização de pesquisas sobre o clima organizacional e sobre agravos à saúde do servidor, ambas com periodicidade trienal, também

a coleta periódica de dados para subsídio de novas ações ligadas à política e a realização de ações de combate ao assédio moral e sexual (UFPE, 2021a).

Como fundamento para sua instituição e base das suas ações, a política adota as seguintes legislações e eventos:

- a) o artigo 7 da Constituição Federal de 1988, que trata dos direitos dos trabalhadores;
- b) a Lei 8112/1990, sobre o regime jurídico dos servidores públicos federais;
- c) o Decreto 7602/2011, que institui a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho;
- d) a Portaria Normativa n. 03/2010/MPOG, que trata da Norma Operacional de Saúde do Servidor;
- e) a Portaria Normativa n. 03/2013, que dá as diretrizes gerais da promoção de saúde para o servidor público federal;
- f) e, por fim, a pertença da UFPE à RIUPS.

As múltiplas fundamentações revelam que a política ora estudada vem para atender, com primazia, determinações de legislações nacionais, que possuem antecedência no tempo e na importância para as instituições públicas de ensino superior diante da estratégia UPS. Essa influência hierarquizada impõe sua marca no texto da norma. Não à toa, diversos dos conceitos e princípios presentes no documento podem ser encontrados *ipsis litteris* em políticas de saúde de outras instituições não ligadas à UPS, como o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte (2014), o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas Gerais (2020), a Universidade Federal do Delta do Parnaíba (2023), a Universidade Federal Rural da Amazônia (2020), também a Universidade Federal do Tocantins - essa ligada à estratégia UPS, como se verá adiante, entre outras. Assim sendo, não se pode considerar tal política como um documento primordialmente ligado à estratégia UPS e, por consequência, à Promoção de Saúde como referência teórica e metodológica pura.

É importante sinalizar que essa presença da Promoção de Saúde enquanto paradigma construído junto à tradição internacional, ainda que não de forma predominante, reflete-se na política também por uma outra via, a Portaria Normativa n. 03/2013. No texto dessa normativa encontramos uma outra referência à intervenção baseada em ambientes:

Sem prejuízo dos princípios e diretrizes estabelecidos pela Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal e pela Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal (Portaria Normativa SRH nº 3, de 7 de maio de 2010), para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças, de melhoria da qualidade de vida no trabalho e de educação em saúde, serão observadas as seguintes premissas:
[...]

ambientes de trabalho saudáveis: as iniciativas de promoção da saúde do servidor público federal devem pressupor uma concepção que não se restrinja à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre os determinantes da saúde, incidindo a intervenção, também, sobre as condições de trabalho no serviço público (Brasil, 2013, art. 7, V).

Observa-se, portanto, ainda que de forma menor, o influxo tanto da UPS como dos ambientes de trabalho saudáveis, ambos projetos ligados à PSS e formulados na alteração dos ambientes para agir sobre os fatores que influenciam na saúde.

Essa inspiração caminha com outros elementos, que se posicionam com força maior no documento. Tal amálgama de influências reflete nos conceitos principais encontrados ainda nas disposições preliminares. Nela se podem encontrar como conceitos basilares os termos “Qualidade de Vida no Trabalho”³⁵, “mal-estar e bem-estar no trabalho”, “servidores”, “saúde” e “Promoção de Saúde”. Esses dois últimos interessam de forma particular para a compreensão do tema desta pesquisa. Transcrevemos abaixo, primeiramente, o conceito apresentado sobre saúde. Diz o texto da política:

Saúde: é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades; direito fundamental do ser humano tendo como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Universidade Federal de Pernambuco, 2021a, p. 1).

Observa-se neste excerto uma junção de dois diferentes conceitos: no primeiro trecho, a definição presente na Constituição de 1948 da OMS (OMS, 1948), enquanto no segundo, a da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). A unidade dos dois conceitos expressa uma intenção de compreender na política o maior número de aspectos possíveis das expressões de saúde dentro do espaço de trabalho. Essa intenção declarada sugere uma rejeição da proposta biologicista de saúde e caminha na direção de compreender os servidores como seres humanos integrais.

Essa concepção aproxima a política do paradigma da Promoção de Saúde em termos genéricos, ao revelar uma ampliação no entendimento das múltiplas causalidades presentes na produção de saúde. Procurando dar respostas à pergunta deste estudo, pode-se dizer que essa compreensão mais ampla da causalidade ainda é insuficiente para dar a conhecer as expressões de Promoção de Saúde presentes no documento, uma vez que tal conceito é uma intenção

³⁵ A expressão “Qualidade de Vida no Trabalho” se refere a uma corrente dentro da área de Gestão de Pessoas que compreende a realização de melhorias no ambiente de trabalho como um fator de produção de bem-estar para os trabalhadores e, conseqüentemente, aumento da produtividade (Dal Forno; Finger, 2015).

presente, ainda que de modo diverso, tanto na vertente behaviorista quanto na PSS. Para aprofundar o entendimento da questão, é preciso prosseguir a leitura, passando à definição de Promoção de Saúde.

Promoção à Saúde: é o conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho, objetivando o desenvolvimento de práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo (Universidade Federal de Pernambuco, 2021a, p. 2)

Alguns destaques devem ser feitos para conduzir a análise do trecho. O primeiro deles diz respeito à própria natureza do conceito: conjunto de ações. Promoção de saúde, nesse caso, traduz-se mais na realização de ações concretas aos servidores, visando à melhoria dos seus níveis de saúde do que num referencial teórico e metodológico. Essas ações, como é possível verificar nos eixos norteadores já apresentados anteriormente, ao lado da Segurança do Trabalho, cumprem a função de buscar os mais elevados níveis de saúde para os servidores.

Um outro aspecto desse trecho merece ser ressaltado: a definição é uma reprodução literal de um conceito da Norma Operacional de Saúde do Servidor (NOSS) (Brasil, 2010). Acresce-se a essa informação um outro elemento bastante significativo: no artigo 4º, ao esclarecer qual fundamento teórico-metodológico será utilizado como base para implementação da política, o texto aponta a linha da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho. Somando essa observação à realizada nos parágrafos anteriores, pode-se dizer que nesse caso específico a Promoção de Saúde serve como instrumento subordinado à Saúde e Segurança no Trabalho.

Outros elementos podem ser inferidos desse conceito. Ainda que tenhamos em vista um influxo menor da UPS e da Promoção de Saúde como paradigma no documento, é possível analisar a que vertente tal presença se inclina.

Verificamos acima que, ao tratar do conceito de saúde, a política procura uma direção de integralidade no atendimento das demandas humanas, abarcando aspectos que podem ser interpretados como demandas relacionadas aos hábitos e estilo de vida, mas que também precisam de ações por parte do Estado e, no caso particular ora estudado, ações por parte da Universidade para seus trabalhadores. De que maneira, segundo o trecho transcrito, realizam-se essas ações, que buscam promover saúde? Por meio da ampliação do conhecimento causal na relação saúde-doença e trabalho, visando ao desenvolvimento de ações de gestão e de comportamentos e atitudes protetivas no trabalho. A ampliação do conhecimento a respeito da causalidade presente na produção da saúde e da doença, portanto, visa a acionar a gestão, que deve cumprir uma parcela da responsabilidade nesse processo, e o próprio trabalhador, na

medida em que esse é chamado a assumir comportamentos e atitudes de proteção em nível individual e coletivo. Esses elementos sugerem, assim, um compartilhamento de responsabilidades no que se refere ao ato de promover saúde.

Essa partilha de responsabilidades pode ser observada também nas ações prescritas pela política, já abordadas anteriormente. Nelas fica clara a imposição à gestão de coletar continuamente informações para compreender as demandas de saúde da sua população de trabalhadores e, a partir dessas coletas, realizar ações de promoção de saúde e de combate a violências, como o assédio moral e sexual, além da oferta de capacitações. Da parte do servidor, fica evidenciada a sua responsabilidade na participação junto às pesquisas que procuram compreender as demandas de saúde, na recepção das capacitações e na adesão das práticas aprendidas por esse meio.

Para melhor entendimento de qual sentido o documento procura oferecer a essa partilha de responsabilidades, vale a pena resgatar os princípios da política. Nesses, é possível verificar a intenção de conferir ao trabalhador o protagonismo e o respeito à sua autonomia, além da participação contínua na produção da qualidade de vida no trabalho. Nos princípios é observada também a compreensão dos trabalhadores como seres humanos integrais, inseridos num determinado contexto social, cultural e familiar. À gestão, por sua vez, é outorgada a responsabilidade de realizar a atenção à saúde a partir dessa compreensão de trabalhador e da ótica da intersetorialidade, além de garantir o reconhecimento e a valorização da produção do trabalhador e favorecer o desenvolvimento profissional.

A comparação desses achados com os elementos suscitados na revisão bibliográfica desta pesquisa permite inferir alguns aspectos importantes.

O trabalhador, conforme a política, não é concebido como um agente passivo das ações que promovem sua saúde. Há um aspecto importante de participação que não pode ser negligenciado. Como coprodutor e colaborador da instituição no atingimento de sua finalidade, ele é considerado também como coprodutor e colaborador no que se refere à saúde dentro do espaço de trabalho. Essa coprodução, contudo, possui um limite, que esbarra na competência da gestão da Universidade em respeitar e compreender o trabalhador na sua integralidade como pessoa humana e oferecer a ele condições para a realização das suas atividades.

Tal não passividade do trabalhador e responsabilização da gestão distancia a política da UFPE de uma concepção behaviorista de Promoção de Saúde. Ainda que o conceito de Promoção de Saúde no documento refira a produção de comportamentos e atitudes protetivas, observa-se, no todo do documento, a não exclusividade, ou ao menos a não ênfase em uma abordagem individualista que objetiva a alteração de estilos de vida. Se é verdade que o

trabalhador deve ser entendido como protagonista no seu processo de trabalho e que deve ser ouvido pela gestão em suas demandas, se é verdade que à gestão compete compreender e atender o trabalhador com integralidade e fornecer condições para o exercício do trabalho, não é possível conceber, portanto, uma concepção meramente comportamental de abordagem à saúde.

Em termos gerais, tendo em vista a consideração mais ampla da causalidade na produção da saúde e o chamado à corresponsabilidade do trabalhador e da gestão - respeitadas as atribuições de cada agente, pode-se dizer que essa política possui uma aproximação maior com o arcabouço da PSS. Essa aproximação, no entanto, não é ortodoxa, como já exposto. As outras correntes ligadas à Saúde e Segurança do Trabalho conferem ao documento uma característica particular, que torna a Promoção de Saúde um paradigma subordinado e, por consequência, sem uma expressão pura.

Ademais, a fim de resgatar uma discussão presente na revisão bibliográfica e na análise dos documentos declaratórios, afirma-se que não é possível verificar apenas pelo texto da política a existência prática de responsabilização dos trabalhadores em questões de saúde que escapam do seu poder. É verdade que a política evoca em mais de um momento a participação dos trabalhadores no processo de produção da saúde. Essa participação, no entanto, é defendida em termos genéricos e caminha ao lado das responsabilidades da gestão. Seguindo o mesmo intento, pode-se destacar que tal o conceito de Promoção de Saúde presente na política se afasta de um aspecto importante daquela presente nos documentos declaratórios: o projeto institucional voltado à implementação e disseminação do paradigma como interpretação e resolução das problemáticas macrossociais. Na UFPE, o paradigma cumpre um intento direto relacionado a uma parcela da comunidade universitária, caminhando naquela direção mais prática, ligada ao chão dos *campi*, às demandas do território universitário.

A segunda política a ser apresentada e analisada pertence à **Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)** e é denominada “Se cuide, Te amo!”. O programa referido é uma ação da UFMS que visa a compilar e dar visibilidade a todas as atividades existentes na instituição que de alguma forma promovem saúde e qualidade de vida para a comunidade universitária. O “Se cuide, Te amo!” não instituiu a Promoção de Saúde na Universidade, mas procurou articular os recursos já existentes e identificar situações que necessitam de atenção da instituição, a fim de propor novas ações e projetos.

O programa teve início no ano de 2020, durante a pandemia de Covid-19, tendo por objetivo inicial informar os estudantes e servidores das atividades de atenção à saúde ou outros serviços ligados à qualidade de vida que permaneciam em funcionamento mesmo durante o

período de quarentena, ainda que em modalidade remota. O programa é anualmente atualizado, tendo sua última edição sido lançada em 2023.

A resolução que o institui é bastante simples, contando apenas com uma aprovação do Conselho Diretor da Universidade. É no anexo da resolução que se encontra o programa em si, estruturado no formato de uma cartilha, na qual estão contidas as atividades mapeadas e propostas. As ações são direcionadas a toda a comunidade universitária, organizadas por públicos específicos (estudantes e servidores) e também por especificidade dentro de cada público (ações para mulheres, ações para pessoas com deficiência etc.). Segundo a cartilha anexa à resolução, o programa tem “o objetivo principal de acompanhar e dar suporte para a comunidade universitária, preocupando-se em realizar ações que possam oferecer melhorias para a qualidade de vida de todas as pessoas da UFMS” (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2023, p. 5), e o realiza “identificando situações que merecem atenção e desenvolvendo ações para fortalecimento da comunidade universitária” ((Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2023, p. 5).

Apesar de ser informado pela instituição como a sua principal ação como UPS, não há no documento essa informação. Não são encontradas também quaisquer outras fundamentações em outras legislações ou menção a princípios e diretrizes. A política, em verdade, não é uma política tal qual a da UFPE, mas sim um programa cuja intenção, conforme os objetivos destacados no parágrafo anterior, é mapear, dar visibilidade e propor novas ações. Apesar de não ter a estrutura tradicional de uma política, já que a ação é respaldada como política institucionalmente e reconhecida como ação de UPS, ela será analisada como parte do material principal.

As ações do “Se cuide, Te amo!” são organizadas em três eixos:

1 - Cuidado com as pessoas em um ambiente inclusivo (ações de apoio, cuidado, atenção e inclusão para a comunidade universitária);

2 - Desenvolvimento das pessoas em um ambiente sustentável (ações de formação e reconhecimento do trabalho/pesquisa realizada);

3 - Avanço tecnológico em um ambiente inovador (ações para viabilizar o acesso às tecnologias necessárias para o desempenho das atividades acadêmicas e de trabalho).

Dentro do eixo 1, são englobadas atividades como grupos de apoio (religiosos, políticos etc.), atenção à saúde mental, grupos de voluntariado, assistência estudantil, atenção à saúde do servidor, ambiência (espaços de apoio para a comunidade em geral e para pais e mães com filhos, convivência, lazer, alimentação, cultura, esporte) e ambiência inclusiva (acessibilidade, banheiros para famílias), combate ao assédio moral e sexual, programas

voltados ao estímulo do ingresso, permanência e sucesso de mulheres na universidade, o mesmo para idosos e outros grupos minoritários, como negros, indígenas e pessoas com identidade de gênero e orientação sexual não pertencentes ao grupo cis e/ou hétero.

O eixo 2 contempla ações voltadas à formação continuada de servidores, à integração dos discentes com o mercado de trabalho e atividades de formação e capacitação para estudantes. No mesmo eixo estão as atividades de concessão de títulos honoríficos.

No eixo 3 agregam-se as ações de empréstimo de equipamentos para estudantes de baixa renda e fornecimento de internet para estudantes indígenas que residem nas suas aldeias. Para servidores, o catálogo apresenta as tecnologias disponibilizadas para o exercício do trabalho.

A cartilha contém ainda a programação de campanhas previstas para o período pelo qual a edição do programa é válida, no qual são contempladas atividades culturais, esportivas, prevenção contra diversos tipos de violência, incentivo à preservação do meio ambiente, capacitações, feiras científicas e ações de prevenção em saúde, abarcando aspectos da saúde física e mental. Como último tópico, o documento apresenta alguns protocolos informando como proceder em caso de crises em saúde mental.

Em termos de definição, além de não conter nenhum princípio e diretriz que evidencie a sua fundamentação, a cartilha também não possui nenhum conceito expresso de Promoção de Saúde ou mesmo de saúde. O que se poderá realizar nesta análise, assim sendo, será uma interpretação dos serviços e ações eleitos pela instituição como produtores de qualidade de vida, nos termos do documento, buscando compreender, por meio dessas informações, quais fatores são considerados como relevantes para a promoção da saúde da comunidade universitária.

Como já exposto anteriormente, as ações englobadas pelo programa alcançam diferentes áreas de atenção, voltadas a diferentes demandas oriundas da vida acadêmica e profissional da comunidade universitária. Encontramos nelas ações que são próprias da Universidade e sem conexão necessária com a UPS, como a oferta de serviços de saúde para servidores, que atendem à NOSS e à PASS, bem como atividades relacionadas ao PNAES. Também para os estudantes são ofertados serviços de atenção à saúde física e mental, subordinados a uma política própria da instituição. As demandas de saúde e outras relacionadas ao combate de violências também são alvos constantes de campanhas pontuais.

Além dos serviços de atenção direta a demandas de saúde, o “Se cuide, Te amo!” engloba também atividades de apoio e pertencimento, como os grupos de apoio temáticos e as atividades de voluntariado. Também são referidas atividades para a construção de ambientes de acolhimento, inclusão e acessibilidade, os quais geram a intervenção sobre espaços físicos já existentes na instituição e a criação de novos. Acrescem-se a esses as atividades de capacitação,

estímulo à iniciação científica e suporte tecnológico para garantir a permanência dos estudantes de baixa renda e/ou pessoas com deficiência.

Em resumo, observa-se que as diferentes áreas da vida da comunidade universitária englobadas pelo programa expressam uma concepção ampla de saúde. Pela natureza das atividades, verifica-se que as intervenções ocorrem de forma variada, ora com atenção direta a situações já estabelecidas, ora com intervenções sobre a estrutura da Universidade, ora com a oferta de recursos, ora com ações de prevenção relacionadas a questões específicas. Por essa razão, afirma-se que o “Se cuide, Te amo!” não dialoga com uma abordagem prioritariamente voltada para a atenção individual e com foco na transformação dos comportamentos, o que não permite a sua identificação com a vertente behaviorista da Promoção de Saúde.

A gama de ações abarcadas pelo programa, na verdade, permite visualizar uma aproximação com a vertente da PSS. Outros elementos corroboram essa interpretação. Toda a intervenção proposta pelo “Se cuide, Te amo!” está organizada por meio da intervenção em ambientes. Cada eixo de atividades proposto recorda a intenção de construir um ambiente inclusivo, sustentável e inovador, nos termos do próprio documento. O programa também possui um importante ponto de encontro com os documentos declaratórios da RIUPS: por três vezes é citada a correlação entre alguma ação da Universidade com algum dos ODS. Essas citações ocorrem no texto das ações voltadas para mulheres, para idosos e para o combate às violências e desigualdades sofridas pelos grupos minoritários.

A presença desse diálogo pode suscitar o questionamento quanto à existência das tendências encontradas em parte dos documentos declaratórios, como a compreensão da Promoção de Saúde enquanto chave de mudança social a se realizar pela adesão das pessoas, atribuindo a elas uma responsabilidade que lhes excede, e da Universidade como propulsora desse ideal. Com efeito, essa tendência não pode ser observada no documento. Em sua breve apresentação, o programa destaca que o seu surgimento se originou da necessidade de facilitar o cuidado em tempos de pandemia e isolamento social. Em suas ações a todo tempo são referidas demandas objetivas da comunidade universitária. Mesmo as ações de capacitação são elaboradas para trabalhar a iniciação científica, a formação em línguas estrangeiras, o uso de tecnologias básicas e também outras demandas expressas pelos servidores. Também, igualmente, as atividades correlacionadas aos ODS, ainda que expressem questões encontradas na sociedade em geral, referem-se a necessidades de públicos que existem na Universidade e não o fazem por meio de uma perspectiva saudista, mas sim de combate a preconceitos.

A terceira política a ser analisada neste estudo é parte das ações da **Universidade Federal da Paraíba (UFPB)** e se trata do regulamento do Núcleo Universitário de Bem-estar

(NUBE). O NUBE é um núcleo de pesquisa e extensão classificado como órgão suplementar ligado ao Centro de Ciências da Saúde da UFPB. Suas atividades são compostas por ações para a atenção direta e o estudo voltados à saúde mental estudantil, atendendo prioritariamente os estudantes do centro de ensino ao qual é ligado. Segundo seu regulamento, esses são os objetivos permanentes do NUBE:

- I - Constituir um centro de referência na UFPB para estudos interdisciplinares e interprofissionais sobre saúde mental e bem-estar, que tem como prioridade a busca de respostas para os problemas que a comunidade acadêmica, sobretudo a população de estudantes universitários, enfrenta nestas áreas na sociedade brasileira;
- II - Apoiar, planejar, organizar, elaborar e executar programas e projetos relativos à atenção, ao ensino, à pesquisa e à extensão nas áreas de saúde mental e bem-estar (emocional), em articulação com outros setores da instituição voltados para estas temáticas ou para seu público alvo;
- III - Envolver, discentes, docentes e servidores técnicos da UFPB em atividades de ensino, extensão e pesquisa desenvolvidas pelo NUBE;
- IV - Ofertar prioritariamente aos estudantes do CCS/UFPB, atendimento em saúde mental e orientação pedagógica, individualmente ou em grupos, em espaços designados para este fim;
- V - Produzir e difundir conhecimentos na área da saúde mental;
- VI - Promover cursos de qualificação para a comunidade acadêmica e para profissionais e gestores da Rede de Atenção à Saúde/Saúde Mental e organizações da sociedade civil em temáticas de interesse do NUBE;
- VII - Desenvolver atividades para divulgar e publicar trabalhos produzidos por seus pesquisadores (Universidade Federal da Paraíba, 2021, p. 1-2).

Além dos objetivos, o regulamento reserva parte do seu texto para dar diretrizes sobre a composição estrutural, o comitê científico e coordenação do NUBE. Em seu artigo 22, o regulamento expressa as competências do núcleo:

- I - Fomentar o desenvolvimento das atividades de pesquisa e extensão, apoiando e incentivando a realização de projetos que envolvam a comunidade acadêmica do CCS.
- II - Incentivar o aumento quantitativo e qualitativo da produção científica relacionada às temáticas do NUBE.
- III - Fomentar atividades no ensino, seja como componentes curriculares de caráter interprofissional, seja por temas transversais nos projetos pedagógicos que promovam o desenvolvimento pessoal e o equilíbrio emocional.
- IV - Assessorar a elaboração de projetos de ensino e de pesquisa e programas de extensão, dentro da área de atuação do Núcleo, estimulando e dando apoio às suas realizações, elaborando um plano de ação com a finalidade de atender o desenvolvimento de suas atividades.
- V - Ofertar estratégias e dispositivos de acolhimento de demandas relacionadas à saúde mental e bem-estar de estudantes do CCS, estabelecendo seu fluxo, registro e avaliação;
- VI - Fomentar estratégias de comunicação entre os estudantes e a instituição;
- VII - Identificar, atualizar e divulgar os Grupos/Serviços institucionais com ações e atividades voltadas para saúde mental e bem-estar de estudantes;
- VIII - Articular com a Rede de Saúde estratégias terapêuticas para os problemas de saúde mental identificados;

- IX - Pactuar serviços especiais de saúde mental disponíveis na UFPB para os estudantes;
- X - Propor e Acompanhar as atividades das coordenações de Curso e dos Centros Acadêmicos voltadas para o bem-estar e qualidade de vida dos estudantes;
- XI - Propor Programas ou Projetos de Extensão que promovam melhoria do desempenho acadêmico dos estudantes em consonância com seu bem-estar;
- XII - Desenvolver e Acompanhar Projetos de Pesquisa relacionados às temáticas do NUBE;
- XIII - Propor ao CCS, através de suas assessorias, medidas que visem a melhoria do bem estar dos estudantes e de seu equilíbrio emocional;
- XIV - Realizar eventos técnico-científicos sobre temáticas do Núcleo;
- XV - Representar o Centro de Ciências da Saúde da UFPB em eventos nacionais e internacionais que tratam da temática tais como: Simpósios, Seminários e Congressos visando aumentar a publicação de caráter científico;
- XVI - Realizar reuniões periódicas com seus membros para planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades do NUBE;
- XVII - Encaminhar Relatórios Anuais sobre as atividades do NUBE à Direção do CCS (Universidade Federal da Paraíba, 2021, p. 8-9).

Assim como a política da UFMS, o NUBE não refere em seu regulamento a relação com a estratégia UPS. Esse vínculo está informado pela instituição no Planejamento Estratégico 2022-2024 do Centro de Ciências da Saúde da UFPB (Universidade Federal da Paraíba, 2022). Da mesma forma, não são encontradas no documento definições explícitas de Promoção de Saúde. A Promoção de Saúde é citada apenas como objetivo no artigo que define o NUBE (art. 2º), relacionada estritamente à saúde mental estudantil. Não são encontrados quaisquer outros fundamentos que forneçam a base legal, metodológica e/ou teórica para as ações do NUBE. Os únicos fundamentos legais encontrados no documento se referem ao regulamento institucional para a criação de núcleos de extensão e pesquisa. Assim sendo, a análise a ser realizada nos parágrafos seguintes poderá considerar como objeto de investigação apenas os objetivos e competências do NUBE, os quais, entre todos os artigos do documento, são as maiores expressões da compreensão de Promoção de Saúde enraizada no núcleo.

Entre os objetivos do NUBE, como observado no trecho transcrito acima, podemos encontrar atividades relacionadas ao ensino, pesquisa e extensão sobre saúde mental, além da oferta de orientação pedagógica. Os objetivos referem também a intenção de envolver toda a comunidade universitária na produção e participação nas atividades, a oferta de capacitações e a divulgação das produções científicas. As competências dialogam com esses objetivos e apresentam como meta, além das ações já elencadas anteriormente, a criação de estratégias de comunicação entre estudantes e a instituição, o mapeamento dos demais serviços de saúde mental existentes na UFPB, a realização de atividades junto aos departamentos de ensino englobados pelo Centro de Ciências da Saúde e também a promoção de eventos científicos.

Desses objetivos e competências se destacam alguns elementos. Ao contrário do projeto instituído pela estratégia UPS, o NUBE toca apenas um aspecto da saúde - a saúde mental - e o faz apenas para um público específico, os estudantes, priorizando ainda uma pequena parcela desse grupo, que pertence ao Centro de Ciências da Saúde. Não é possível saber apenas pelo texto do regulamento o porquê dessa opção. O que fica evidente é que o NUBE possui características que facilmente o identificariam como um projeto em particular dentro de um universo de ações construídas sob a égide da estratégia UPS. Tal fato não desvirtua seu propósito de promover saúde e sua relação com a UPS, apenas revela que na UFPB a estratégia referida possui uma efetivação ainda limitada.

No que se refere à concepção de Promoção de Saúde que se pode inferir a partir dos objetivos e competências, também encontramos uma limitação. O regulamento não especifica a natureza das atividades a serem desenvolvidas, apenas sinaliza que pretende desenvolvê-las e também mapear as já existentes no âmbito da UFPB. Essa indefinição quanto às ações sugere que não há uma pré-determinação das atividades. O regulamento também deixa entrever que existem outras ações da UFPB que tocam os seus objetivos, isso revela que as ações de Promoção de Saúde, mesmo as exclusivamente voltadas para a saúde mental dos estudantes, não se resumem às ações do NUBE. Logo, percebe-se que existem outras atividades da UFPB que dialogam com a Promoção de Saúde, mas que ainda não estão coordenadas sob a estratégia UPS, ainda que a Universidade tenha vínculo formal com a RIUPS e com a REBRAUPS. Por essa razão, a análise quanto às inclinações relacionadas à Promoção de Saúde na UFPB resta inconclusa.

A quarta política analisada pertence à **UnB** e se trata do Ato do Decanato de Assuntos Comunitários 04/2021, que instituiu as diretrizes para implementação dos princípios da UPS e as diretrizes gerais de vigilância ativa, prevenção de agravos e promoção da saúde, fortalecimento da comunidade educativa e assistência à saúde mental. O ato dá a fundamentação, estrutura os serviços da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU) e define as competências da diretoria da DASU e dos setores a ela subordinados. A diretoria, como já expresso em seu nome, procura atender as demandas de saúde dos estudantes, servidores docentes e técnicos e, em alguns casos, dos trabalhadores terceirizados.

Segundo o documento, essas são as diretrizes que norteiam o trabalho da DASU:

- I. Estimular a oferta de ações de fortalecimento da comunidade educativa, de prevenção e promoção de saúde e de cuidado da saúde mental e vigilância ativa visando ao desenvolvimento institucional de uma cultura promotora de

saúde a partir do envolvimento de toda a comunidade universitária na revisão de seus sistemas, processos e relações interpessoais.

II. Propor e coordenar ações voltadas para a implementação dos princípios da Universidade Promotora da Saúde e de uma cultura de acolhimento na Universidade.

III. Estimular a oferta de ações de prevenção, promoção, educação, vigilância ativa e assistência à saúde junto à comunidade universitária, direcionadas ao bem-estar e à redução da vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde, aos seus determinantes e condicionantes.

IV. Propor iniciativas de prevenção de agravos preferencialmente baseadas em dados epidemiológicos e no resultado das avaliações das condições de saúde, fazendo uso da informação como insumo para orientar e favorecer a transformação contínua do nível de saúde e das condições de vida da comunidade universitária.

V. Potencializar a adoção de conceitos de saúde que superem o binômio presença/ausência de doença e valorizem o acolhimento, por meio da escuta e reconhecimento do protagonismo dos membros da comunidade universitária, na resolução das dificuldades presentes na instituição.

VI. Construir junto à comunidade universitária possibilidades de intervenção nos determinantes do processo de saúde e do processo de adoecimento em seus aspectos individuais e coletivos.

VII. Desenvolver alternativas de intervenção que levem à melhoria da saúde da comunidade universitária.

VIII. Promover a difusão de boas práticas em saúde respeitando as necessidades individuais e coletivas da comunidade universitária.

IX. Apoiar a criação de espaços de diálogo, convivência e acolhimento de modo a ampliar a conscientização, a co-responsabilidade, a autonomia e o protagonismo dos membros da comunidade universitária, no que tange a construção de uma cultura de paz e de respeito à diversidade e a prevenção de toda e qualquer manifestação de violência.

X. Oportunizar a intersetorialidade dos programas e ações em seu âmbito de atuação, com as instituições federais e distritais e organismos não governamentais.

XI. Promover a articulação entre as ações de ensino, pesquisa e extensão voltadas para o fortalecimento da comunidade educativa, a prevenção e promoção de saúde e a assistência à saúde mental.

XII. Estimular a adoção de práticas político-pedagógicas comprometidas com a valorização da diversidade, tendo em vista a promoção de direitos humanos; com a qualidade do processo educativo, indissociável da realidade concreta da sociedade brasileira e da gestão democrática da universidade; com a inovação nas práticas de ensino-aprendizagem, no sentido do acolhimento à diversidade do desenvolvimento humano; e com a plenitude da experiência universitária, que abrange além da formação técnico-conceitual, vivências lúdicas, artísticas, políticas e a convivência em comunidade.

XIII. Apoiar e realizar ações que viabilizem a assistência à saúde como direito, articulada com o Sistema Único de Saúde e de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde considerando-a parte constituinte das ações de promoção.

XIV. Participar de fóruns e instâncias coletivas decisórias e deliberatórias da UnB e promover debates relativos ao fortalecimento da comunidade educativa, à prevenção de agravos e promoção de saúde, vigilância ativa em saúde e à assistência à saúde mental da comunidade universitária.

XV. Promover atenção à saúde mental da comunidade universitária da UnB, ofertando ações de promoção, prevenção, educação e assistência.

XVI. Planejar e promover ações visando à mobilização da comunidade universitária para participação nas atividades de fortalecimento da comunidade educativa, a prevenção e promoção de saúde e a assistência à saúde mental.

XVII. Fortalecer a adoção entre os membros da comunidade universitária de comportamentos, atitudes, práticas de vida e hábitos saudáveis, de modo a ampliar a cultura de valorização à saúde.

XVIII. Integrar as ações de prevenção, promoção, educação e assistência que possibilitem:

- Implementação de indicadores de saúde.

- Planejamento de ações de atenção à saúde da comunidade orientadas pelo perfil epidemiológico.

XIX. Mapear e monitorar os fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde e adoecimento presentes no ambiente universitário, de modo a planejar, implantar e avaliar intervenções individuais e coletivas.

XX. Promover a compreensão da constituição complexa das dificuldades do processo de ensino-aprendizagem no todo da instituição educativa, buscando superar a responsabilização individual pelas dificuldades e sua consequente patologização e medicalização.

XXI. Promover processos de educação permanente em saúde para as equipes que atuam na área de atenção à saúde da comunidade universitária, objetivando o desenvolvimento profissional e institucional.

XXII. Desenvolver ações de promoção da saúde da comunidade universitária, criação e manutenção de ambientes saudáveis.

XXIII. Promover e contribuir para a realização de ações de educação entre pares e de formação de multiplicadores tendo em vista o envolvimento de toda a comunidade universitária na construção de uma cultura de universidade promotora de saúde (Universidade de Brasília, 2021, p. 3-4)

A DASU está estruturada em quatro coordenações, que atuam em quatro diferentes frentes:

- a) Coordenação de Articulação da Comunidade Educativa: ações de acolhimento, integração, estímulo ao pertencimento, estímulo a vivências acadêmicas criativas, ações de pesquisa, ensino e extensão que tratem dessa temática, articulação para a mobilização política, a fim de tratar temas relacionados ao adoecimento na universidade, criação de espaços para a discussão a respeito do papel educativo da universidade;
- b) Coordenação de Articulação de Redes para Prevenção e Promoção da Saúde: mapeamento, divulgação e articulação de projetos relacionados à Promoção de Saúde dentro da universidade; estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência; ações de educação em saúde; atendimentos individuais e coletivos para a promoção da saúde e a prevenção de agravos;
- c) Coordenação de Atenção Psicossocial: acompanhamento psicossocial e psicoterapêutico, individual e coletivo; articulação com a rede interna e externa; prevenção e pósvenção ao suicídio; atendimento nutricional;

- d) Coordenação de Atenção e Vigilância em Saúde: monitoramento e acompanhamento de eventos de importância para a saúde pública; orientação à comunidade em caso de agravos; ações de prevenção; monitoramento de riscos; acompanhamento e monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis.

Como alicerce teórico, legal e político das atividades regidas pelo ato, o documento refere as seguintes legislações e fundamentos:

- a) a Política Nacional de Humanização do SUS, “almejando implementar os princípios do SUS no que tange à transversalidade, indissociabilidade entre atenção, gestão e protagonismo, bem como coresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos” (Universidade de Brasília, 2021, p. 2);
- b) a Política Nacional de Promoção de Saúde, segundo a portaria de consolidação n. 2/2017/MS;
- c) a Portaria n. 1876/2006/MS, que institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio;
- d) os princípios da UPS, tendo como base a Carta de Ottawa (Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986), a Ata constitutiva da RIUPS - Declaração de Ciudad Juárez (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2007), a Carta de Edmonton (Carta [...], 2005) e a Carta de Okanagan (Carta [...], 2015);
- e) a filiação da UnB à RIUPS e à REBRAUPS;
- f) a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394/1996);
- g) a Lei 20.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
- h) o Estatuto e o Regimento Geral da UnB;
- i) os Atos da Reitoria 0573/2019 e 0491/2020, que criaram a DASU e as suas coordenações.

A leitura do documento permite realizar alguns apontamentos importantes para a análise. Primeiramente, é necessário notar que, dentre as políticas de Saúde e/ou Promoção de Saúde levantadas nesta pesquisa que fazem referência à UPS, a política da UnB é que a mais se aproxima do projeto original proposto pela estratégia. Isso se denota das atividades englobadas pela DASU e das diretrizes dadas para o direcionamento da ação, as quais expressam não apenas a intenção de prevenir e promover saúde dentro da Universidade por meio da atenção direta, mas também o objetivo de caminhar para o “desenvolvimento institucional de uma cultura promotora de saúde” (Universidade de Brasília, 2021, p. 3). Isso fica expresso nas ações de capacitação, de engajamento e mobilização da comunidade universitária, de construção de

elementos que contribuam para a transformação da UnB em um ambiente saudável e sustentável.

Um outro fator, e esse central para a análise desenvolvida neste estudo, diz respeito à orientação de Promoção de Saúde presente no documento. Uma evidência preliminar e bastante relevante pode ser extraída da fundamentação legal e teórica apresentada no próprio texto da política. Como já referido anteriormente, a UnB elege a Carta de Ottawa, a Carta de Edmonton, a Declaração de Ciudad Juarez e a Carta de Okanagan como horizonte teórico para a construção do projeto de UPS que nela se realiza. Daí já se pode inferir uma intenção de posicionamento junto à vertente da PSS.

A partir da análise do conteúdo da política, é possível verificar outros aspectos que confirmam essa intenção. Já no primeiro ponto das diretrizes da DASU, encontramos uma citação indireta da Carta de Edmonton, quando a política refere a necessidade do “envolvimento de toda a comunidade universitária na revisão de seus sistemas, processos e relações interpessoais”³⁶ (Universidade de Brasília, 2021, p. 3). Esse apelo ao envolvimento da comunidade, inserido junto à citação do documento declaratório, é também uma característica presente na vertente da PSS, citada expressamente na Carta de Ottawa (Ottawa (Organização Mundial da Saúde, 1986)³⁷.

A presença da inclinação à PSS se demonstra também na opção semântica que o texto carrega. Ao abordar os diferentes elementos que influenciam a produção de saúde, a política se refere ao termo “determinantes”, em diálogo com a perspectiva dos DSS. Essas expressões se encontram nas diretrizes III, VI e XIX e também em uma das competências da diretoria da DASU: “I. Assessorar o Decanato de Assuntos Comunitários (DAC), à administração central e a comunidade em assuntos relacionados a ações e questões de saúde da comunidade universitária, *englobando seus determinantes e condicionantes*” (Universidade de Brasília, 2021, p. 4, *grifos nossos*). Tratando ainda dos termos inseridos no decorrer da política, é importante citar também a presença de expressões típicas da PSS, como o “reforço das capacidades individuais e coletivas”, encontrada junto às competências da Coordenação de Articulação de Redes para Prevenção e Promoção da Saúde: “Desenvolver ações, estratégias e

³⁶ “Las Universidades Promotoras de la Salud/Instituciones de Educación Superior revisan sus propios sistemas, procesos y cultura internos y su influencia sobre la salud y bienestar individual y organizacional.” (Carta [...], 2005, p. 2)

³⁷ “A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde” (Organização Mundial da Saúde, 1986, p. 3).

parcerias, de forma articulada com as Coordenações da DASU e demais Diretorias do DAC, de modo a ampliar as condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e o *reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades*” (Universidade de Brasília, 2021, p. 5, grifo nosso).

Observando as ações elencadas pela política, é possível observar também a opção por uma abordagem ampla dos aspectos relacionados à saúde, o que é expresso como intenção nas considerações iniciais do texto³⁸. Verificam-se intervenções voltadas à saúde física, à saúde mental, ao desenvolvimento da acolhida e do pertencimento junto à Universidade, bem como atividades de ensino e pesquisa direcionadas para os mais variados aspectos da atenção direta à saúde e da construção de um projeto institucional de Promoção de Saúde, a construção de espaços de mobilização política e a participação e diálogo junto aos espaços já constituídos³⁹. Essa característica destoa de uma abordagem com ênfase na abordagem comportamental de evitação ou mitigação de riscos. Por essa razão, não pode a vertente behaviorista da Promoção de Saúde ser considerada uma influência central. Destaca-se ainda a expressa rejeição da política ao conceito de saúde como ausência de doenças, o que a afasta de uma abordagem biologicista e curativista⁴⁰.

É verdade que a referência a intervenções individuais e coletivas visando à alteração de comportamentos geradores de doenças crônicas não transmissíveis está presente. É possível identificar excertos com esse conteúdo na diretriz XVI e também nos seguintes trechos que se referem a competências das coordenações subordinadas à DASU:

V. Priorizar a oferta de ações, projetos e programas de educação em saúde; estímulo aos fatores de proteção e; automonitoramento dos fatores de risco modificáveis, tais como o tabagismo, o uso abusivo do álcool e outras drogas, o sedentarismo e a alimentação inadequada;

[...]

VI. Oferecer atendimentos individuais e coletivos aos membros da comunidade universitária que fortaleçam a adoção de práticas de autocuidado e de hábitos de vida saudáveis, visando à promoção da saúde, a prevenção dos agravos e a melhoria dos relacionamentos interpessoais;

³⁸ Ao elencar a PNPS como referência legal para sua ação, a política destaca o conceito ampliado de saúde nela presente.

³⁹ “IX. Promover espaços grupais para discussão compartilhada a respeito da vivência acadêmica, a fim de potencializar a construção coletiva de soluções para desafios enfrentados e de mobilizar a criação de coletivos (ou fortalecer os já existentes) para a construção das ações necessárias ao enfrentamento desses desafios;

X. Atuar junto aos coletivos de estudantes na mobilização política frente ao processo de adoecimento na/da universidade” (Universidade de Brasília, 2021, p. 5).

⁴⁰ “Potencializar a adoção de conceitos de saúde que superem o binômio presença/ausência de doença e valorizem o acolhimento, por meio da escuta e reconhecimento do protagonismo dos membros da comunidade universitária, na resolução das dificuldades presentes na instituição” (Universidade de Brasília, 2021, p. 3).

VII. Planejar ações de educação alimentar e nutricional a fim de estimular escolhas adequadas e sustentáveis e contribuir para a promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT, tais como doenças respiratórias e circulatórias (acidente vascular cerebral e infartos), as doenças oncológicas, a diabetes e a hipertensão arterial (Universidade de Brasília, 2021, p. 5-6).

Essas ações podem contribuir para uma compreensão individualizada das questões de saúde, exceto se amparadas por outras ações que visem à intervenção em outros elementos que fortalecem a reprodução desses comportamentos, como a discussão e a intervenção junto às causas desses hábitos para além da escolha pessoal. Essa última perspectiva parece ser a corroborada na política, uma vez que ela apresenta como base para a intervenção a PNPS revisada do ano de 2014, consolidada em 2017, na qual a abordagem junto aos comportamentos produtores de doenças crônicas não transmissíveis é referida da seguinte maneira, art. 10:

I - alimentação adequada e saudável, que compreende promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, com a inclusão social e com a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável;

[...]

IV - enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais;

[...]

V - enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, que compreende promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, com a responsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais (Brasil, 2014).

Considerando esses aspectos, frisa-se, não é possível considerar a vertente behaviorista de Promoção de Saúde como uma influência preponderante na política, mesmo nas ações relacionadas aos hábitos e escolhas pessoais.

É preciso destacar que o influxo da PSS sobre a política de saúde da UnB, assim como no caso da UFPB, não tem uma exclusividade. Outros elementos do seu texto permitem inferir a intenção de congregar a corrente internacional com elementos oriundos da tradição brasileira no que se refere à construção da política pública em saúde. Isso se demonstra na opção por eleger a Política de Humanização do SUS como referência, destacando os princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção, gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos como elementos de inspiração. Destacam-se, também, no mesmo sentido, a presença da PNPS revisada, da Portaria 1876/2006 e da Lei 20216/2001. Essa amálgama de influências recorda as proposições de Carvalho, S. (2013) e Vasconcelos e

Schmaller (2014), no que se refere à necessidade de “abrasileirar” a tradição da Promoção de Saúde, agregando a ela elementos construídos na tradição do SUS. Essa relação com o SUS se reforça também em competências da direção e de uma das diretorias:

XIII. Apoiar e realizar ações que viabilizem a assistência à saúde como direito, articulada com o Sistema Único de Saúde e de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde considerando-a parte constituinte das ações de promoção.

[...]

XI. Ser uma referência para vigilância epidemiológica nos campi e ponto focal para articulação das atividades junto ao Sistema Único de Saúde (Universidade de Brasília, 2021, p. 3, 7).

Considera-se, a partir desses elementos, que a experiência da UnB tem a oportunidade de revelar uma estratégia UPS brasileira, capaz de incorporar as contribuições internacionais sem perder as contribuições elaboradas no Brasil.

Tendo esclarecido o aspecto quanto à filiação teórica e metodológica da política da UnB em termos de Promoção de Saúde, é importante destacar agora um outro elemento do texto. Entre todas as políticas analisadas até o momento, essa é a que mais destaca a participação da comunidade universitária como elemento essencial para a Promoção de Saúde. Essa referência à participação da comunidade já foi apresentada anteriormente, mas é preciso tocar nesse ponto novamente para destacar a sua centralidade em todo o texto da política.

Essa participação é reforçada em algumas ocasiões, como nas diretrizes I, V, VI, IX, XVI, XVII, XXIII. A participação da comunidade universitária é reforçada ainda nos tópicos a respeito das competências de cada coordenação:

II. Atuar na *mobilização da comunidade universitária* para a construção de uma cultura de acolhimento na universidade e colaborar para a construção e articulação de grupos e coletivos que desempenhem atividades geradoras de pertencimento na e da universidade;

[...]

IV. Fomentar a criação de espaços de diálogo e *discussão do papel educativo dos membros da comunidade universitária e do fortalecimento de sua ação educativa*;

VI. Apoiar *projetos e atividades que mobilizem a comunidade universitária* em torno de melhorias às vivências acadêmicas de estudantes, docentes e servidores técnico-administrativos;

VII. Construir redes de pesquisas e atividades de extensão a respeito dos problemas do cotidiano da prática educativa na UnB, *buscando envolver a comunidade na resolução de seus próprios desafios*;

[...]

IX. Promover espaços grupais para discussão compartilhada a respeito da vivência acadêmica a fim de *potencializar a construção coletiva de soluções para desafios enfrentados* e de *mobilizar a criação de coletivos (ou fortalecer os já existentes) para a construção das ações necessárias* ao enfrentamento desses desafios;

X. Atuar junto aos coletivos de estudantes na *mobilização política frente ao processo de adoecimento* na/da universidade.

[...]

IV. Desenvolver ações, estratégias e parcerias, de forma articulada com as Coordenações da DASU e demais Diretorias do DAC, de modo a ampliar as condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e o *reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades* (Universidade de Brasília, 2021, p. 5, grifo nosso).

Como interpretar essa ênfase constante na participação? Pode-se considerar algumas possibilidades para a resposta a essa pergunta. A primeira delas é que a comunidade precisa conhecer e transmitir as suas próprias demandas, mobilizando-se para buscar os recursos que atendam essas necessidades mais imediatas e se envolvendo na articulação política para a transformação das causas de tais necessidades. A criação de espaços de diálogo e mobilização política, a autonomia na decisão quanto às próprias demandas e a possibilidade de se envolver na construção e na luta por alternativas transformam a participação em uma via de protagonismo. Vale recordar aqui a interpretação de Marcondes (2004) quanto à relação da participação com a Promoção de Saúde. O autor defende que a participação é justo o caminho para evitar que a Promoção de Saúde siga pela via da falsa autonomia, atribuindo aos indivíduos e grupos a responsabilidade completa pela alteração das realidades que interferem em sua saúde.

No entanto, conforme sinalizam os estudiosos da Promoção de Saúde e já exposto na primeira parte deste estudo, há também a possibilidade de transformar a participação em via de responsabilização. Campos (2013) compreende que a incorreta incorporação da participação apenas como meio de mobilização da comunidade, sem a reflexão necessária sobre a raiz das problemáticas enfrentadas, limita a possibilidade de transformação e transfere ao agir comunitário toda a possibilidade de ação, acarretando na assunção de uma responsabilidade que excede suas capacidades. Se é verdade que a comunidade deve ser capacitada para gerir as próprias demandas, nos termos de Ottawa, então seria verdade que as condições que influenciam sua saúde negativamente assim permanecem apenas e tão somente pela sua inação?

É necessário ainda recordar a influência que repousa sobre o movimento UPS no Brasil, vinda das discussões ibero-americanas expressas nos documentos declaratórios da RIUPS, em termos de participação. No tópico anterior, vimos de que maneira a participação é relacionada com a “consciência saudável”, a compreensão do papel pessoal diante das problemáticas macrossociais, e assim entendida como chave de uma mudança mais ampla em termos políticos. Essa forma de compreensão da participação revela um perigoso mecanismo de responsabilização, confirmando, assim, a leitura de muitos críticos da PSS.

Considerando essa dupla possibilidade de interpretação, como compreender o caso concreto ora estudado? A análise do texto nos oferece um limite. Não é possível determinar com certeza de que maneira ocorrem os processos de mobilização da comunidade universitária

para a resolução dos próprios desafios em termos de saúde, parafraseando um trecho da política. Se em alguns excertos encontramos referências à necessária autonomia, participação, engajamento e corresponsabilidade da comunidade universitária, em outros vemos a valorização da organização política e da mobilização nesse mesmo sentido frente às causas do adoecimento. De que maneira são postos em prática esses princípios, presentes em diversas diretrizes e competências, conforme transcrito acima, não se pode saber com precisão apenas pela leitura do texto. Seriam necessárias mais informações, além das oferecidas pela análise documental, para a compreensão mais aprofundada dos sentidos da participação dentro da política de saúde da UnB. A partir da leitura e análise é possível apenas denotar que a participação se encontra presente tanto com elementos que indicam o estímulo ao protagonismo autêntico quanto com aspectos que, se esvaziados de uma compreensão social e política aprofundada das demandas vivenciadas, podem se caracterizar como uma ação limitada, por meio da qual o engajamento pode se tornar forma de obstrução para o verdadeiro protagonismo e caminho para a responsabilização.

Como último tópico a ser destacado na análise da norma da UnB, retoma-se a discussão já tratada em outras análises, no que diz respeito à Universidade enquanto instrumento de difusão da Promoção de Saúde. Também a UnB, assim como as demais instituições, prioriza em seu documento a criação de serviços e projetos que dialoguem diretamente com a atenção e cuidado em saúde para sua comunidade. A abordagem política da Promoção de Saúde, presente nas proposições relacionadas à organização e mobilização política, refere-se diretamente à necessidade de articular sua comunidade para fazer frente às causas sociais e políticas que afetam a sua realidade concreta, e não a difusão da Promoção de Saúde junto às autoridades locais. Devido a esse tom predominante, não se pode afirmar que a compreensão da Universidade enquanto líder na difusão da Promoção de Saúde seja um elemento parte da política analisada.

Com essa análise, encerramos o estudo das políticas de promoção de saúde e/ou saúde das universidades públicas brasileiras que fazem referência expressa à estratégia UPS, seja em seu texto, seja na apresentação que a instituição realiza do documento. Nos próximos parágrafos, passaremos a apresentar e analisar as demais políticas, em cujo conteúdo ou apresentação não está presente a referência à estratégia UPS e que, por essa razão, não se pode correlacionar os atos por ela regidos à Promoção de Saúde enquanto horizonte teórico, político e metodológico. Recordada a devida ressalva, prosseguiremos a análise.

3.3.2.2 Políticas relacionadas à Promoção de Saúde sem referência à UPS41

A primeira política a ser apresentada e analisada neste bloco pertence à **Universidade Federal da Integração Latino-americana (UNILA)**. Trata-se da Política de Assistência Estudantil, instituída pela Resolução 16/2022 do Conselho Universitário da UNILA. A política trata especificamente das ações de assistência voltadas aos estudantes, tendo como fundamento para sua instituição o PNAES e também o que fora determinado pelo Plano de Desenvolvimento Institucional 2019-2023.

Entre os seus objetivos, o documento pontua o “fortalecimento das condições de inclusão social e permanência dos(das) discentes na instituição” (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2022, p. 1). Como princípios, a política elege os seguintes tópicos:

- I - defesa do direito à educação pública, gratuita, laica e de qualidade e da liberdade para aprender, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber.
- II - defesa da igualdade de condições para permanência e conclusão do curso.
- III - democratização dos benefícios e de serviços com compromisso em relação à qualidade dos serviços prestados.
- IV - defesa da garantia de direitos e respeito às diversidades étnicas, culturais, sociais, sexuais, geracionais e religiosas.
- V - empenho na eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação.
- VI - respeito ao pluralismo de ideias e à livre manifestação de pensamento e participação em movimentos sociais e organizações populares vinculados à luta pela consolidação e ampliação da democracia e dos direitos de cidadania.
- VII - a justiça social e a eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2022, p. 1).

Como diretrizes, a UNILA pontua os seguintes elementos para sua política:

- I - educação como direito do/a cidadão/cidadã e dever do Estado.
- II - gestão democrática e transparente das ações, serviços e orçamento da assistência estudantil.
- III - inclusão social e atendimento aos discentes com equidade.
- IV - isonomia nos processos de seleção.
- V - autonomia política das instâncias consultivas e deliberativas da UNILA.
- VI - articulação entre as instâncias administrativas e acadêmicas.

⁴¹ Antes de adentrarmos este bloco de políticas, faz-se necessário resgatar o motivo de sua análise. De fato, essa análise não constitui o principal elemento desta pesquisa. Como explicitado anteriormente, essas políticas pertencem a instituições que fazem parte da RIUPS e/ou da REBRAUPS. No entanto, em seus textos, embora lançados após a adesão institucional à estratégia UPS, não há menção direta da presença desse referencial. Por essa razão, essas políticas não serão analisadas tais quais as anteriores, mas apenas no sentido de identificar conformações de Promoção de Saúde em seus conteúdos. O estudo desses documentos, portanto, realizar-se-á de forma mais sucinta e como adendo aos achados principais. Como se verá adiante, ainda que de forma indireta, este estudo trará contribuições para o objetivo principal da pesquisa.

VII - participação democrática de discentes, de técnico-administrativos e de docentes na constituição de comissões, de fóruns de discussão e de avaliação da política estudantil.

VIII - articular as ações da assistência estudantil com as ações de ensino, de extensão e de pesquisa.

IX - o compromisso com as necessidades sociais dos(as) discentes que lhes garantam efetivas condições de acesso, permanência e conclusão do curso visando a inclusão, o reconhecimento e o respeito à diversidade étnica, cultural e de gênero (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2022, p. 2).

No artigo 6, ao tratar mais detalhadamente de seus objetivos, o documento pontua como uma de suas metas “contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos(as) discentes, englobando condições econômicas, sociais, culturais, de saúde e pedagógicas” (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2022, p. 2). A essa meta estão atreladas as ações de promoção de saúde. As atividades relacionadas à saúde são novamente referidas no detalhamento das competências, como um dos eixos estruturantes: “promoção de saúde e qualidade de vida: conjunto de ações e serviços para valorização da integração estudantil e as manifestações culturais contribuindo para saúde, esporte, cultura e lazer” (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2022, p. 2). Além das ações afetas à saúde, a política marca como eixos estruturantes as ações de assistência material e as de apoio e acompanhamento, que procuram promover a integração dos estudantes. As ações de promoção de saúde, ao contrário das de assistência na forma de benefícios materiais, são oferecidas a todo o público estudantil, sem critério de renda pessoal e/ou familiar.

Quando abordadas as áreas temáticas a serem exploradas pelos projetos e serviços, a atenção e promoção de saúde é referida novamente. Ao lado dela, encontram-se as ações relacionadas à moradia estudantil, alimentação, transporte, inclusão digital, cultura, esporte e lazer, apoio à creche, apoio pedagógico, inclusão social e cidadania, em referência ao disposto no Decreto 7.234/2010, que instituiu o PNAES (Brasil, 2010). As ações de promoção de saúde tornam a aparecer no texto da política quando explicitado escopo de atuação da equipe multiprofissional: “oferta de palestras, de cursos e de oficinas, abordando conteúdos que contribuam para o autoconhecimento, promoção e prevenção de saúde e a autorregulação dos estudos, bem como para apreensão de procedimentos e protocolos por parte do(a) discente” (Universidade Federal da Integração Latino-Americana, 2022, p. 5). A equipe também realiza outras atividades referidas ao acolhimento e acompanhamento estudantil, à integração, à discussão de temas relacionados à vida acadêmica e à avaliação socioeconômica para concessão dos benefícios.

Além dos elementos acima, a política emite orientações quanto à previsão orçamentária e ao processo de concessão dos auxílios. Há também especificações sobre a avaliação da política e sobre a instituição de uma comissão para avaliação e acompanhamento.

Como observado anteriormente, a Política de Assistência Estudantil da UNILA se filia unicamente ao PNAES, que em seu texto trata também de atividades relacionadas à saúde. Essa compreensão que relaciona as atividades de promoção de saúde à assistência estudantil, embora não seja relacionada teórica, política e metodologicamente à Promoção de Saúde, enraíza-se num entendimento ampliado do que é necessário para que se conquiste saúde para as populações. Não se pode falar aqui de alinhamento a esta ou aquela vertente, mas se pode reconhecer o amadurecimento da própria tradição brasileira em termos de concepção de saúde que se espalha para além das políticas exclusiva e diretamente relacionadas à atenção em saúde e promove a compreensão de que, no caso particular do PNAES, é necessário não apenas garantir a existência do ensino de qualidade, mas garantir a vivência universitária de qualidade, isso passa pelo cuidado em saúde dos estudantes.

A Política de Assistência Estudantil da UNILA não expressa uma parte do seu projeto enquanto instituição filiada à estratégia UPS, haja vista a ausência de referências nesse sentido e a menção ao PNAES, mas sinaliza uma forte abertura da Universidade para conceber um amplo projeto institucional que considere as necessidades de saúde de sua comunidade como um elemento essencial para atingir seus objetivos. As demandas de saúde se posicionam como preocupação ao lado de outras realidades igualmente essenciais para o atendimento integral das necessidades humanas dos estudantes, tais como o combate as mais variadas formas de preconceitos e violências, a articulação com o ensino, a pesquisa e a extensão, o incentivo à participação estudantil, docente e técnico-administrativa em fóruns de discussão e avaliação da política e na constituição de comissões.

Tendo identificado de que maneira as ações de promoção de saúde se encontram presentes na UNILA, passamos à apresentação e avaliação da próxima política. A segunda componente do bloco ora estudado pertence à **Universidade Federal do Tocantins (UFT)** e se trata da Política de Qualidade de Vida no Trabalho, instituída pela Resolução nº 94/2023.

A referida norma, que trata da promoção de saúde para servidores, possui uma profunda similaridade textual com a política da UFPE. Essa similaridade começa pelos fundamentos legais eleitos para a política, os mesmos da UFPE:

- a) o artigo 7 da Constituição Federal de 1988, que trata dos direitos dos trabalhadores;
- b) a Lei 8112/1990, sobre o regime jurídico dos servidores públicos federais;

- c) o Decreto 7602/2011, que institui a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho;
- d) a Portaria Normativa n. 03/2010/MPOG, que trata da Norma Operacional de Saúde do Servidor;
- e) a Portaria Normativa n. 03/2013, que dá as diretrizes gerais da promoção de saúde para o servidor público federal.

A norma apenas não repete o indicativo de ligação com a estratégia UPS.

Além dos fundamentos legais, outros conceitos, como os princípios, repetem-se em sua quase totalidade⁴²:

- I – valorização do humano como protagonista do processo laboral, conduzindo a um ambiente de bem-estar e ao êxito institucional;
- II – promoção de um ambiente laboral atento às demandas de saúde dos servidores, a partir de uma compreensão do ser humano integral, além do ambiente de trabalho;
- III – valorização e reconhecimento das contribuições dos servidores e colaboradores no cumprimento da função social da instituição;
- IV – aprimoramento permanente das relações sócio profissionais proporcionando participação, respeito e cooperação;
- V – organização do trabalho como fonte de bem-estar, através do equilíbrio nas distribuições de responsabilidades;
- VI – Qualidade de Vida no Trabalho como uma responsabilidade institucional contínua e tarefa de todos os servidores (Universidade Federal do Tocantins, 2023, p. 5).

Como parte de suas ações, a política elenca três programas principais, quais sejam:

- a) Programa de Atenção à Saúde: realização de ações de promoção e prevenção à saúde, além das atividades previstas em lei, como realização de perícias médicas para gozo das licenças para tratamento de saúde, avaliação para aposentadoria por invalidez, remoção e readaptação, doença relacionada ao trabalho, entre outros;
- b) Programa de Reconhecimento e Valorização dos Servidores: ações para reconhecimento de feitos de servidores que se destacaram em suas atividades ou que promoveram ações com forte impacto positivo para a comunidade ou para a Universidade;
- c) Programa de Preparação para a Aposentadoria: atividades visando a auxiliar o planejamento pessoal diante da transição da vida laboral ativa para a aposentadoria.

Partindo para uma análise dos conceitos e fundamentos elencados no documento, podemos destacar, preliminarmente, o conceito de Promoção de Saúde nela contido:

Promoção à Saúde é o conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor, por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho, objetivando o

⁴² À guisa de comparação, ver tópico anterior.

desenvolvimento de práticas de gestão, de atitudes e de comportamentos que contribuam para a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo (Universidade Federal do Tocantins, 2023, p. 3).

Conforme já disposto anteriormente, esse conceito é uma reprodução de um trecho da NOSS. Essa constatação reforça aquela interpretação já realizada no caso da UFPE, quando identificado que aquela, assim como esta política, procuram se alinhar com as legislações direcionadas à Saúde e Segurança do Trabalhador. Ainda que a UFPE expresse em seu texto a vinculação com a estratégia UPS, seu conteúdo direciona-se mais diretamente para as legislações que regulamentam a atenção à saúde do servidor no serviço público federal. Da mesma maneira a política da UFT se estrutura, voltando-se às regulamentações nacionais.

Reitera-se que esse fato não suprime a ligação da política com a Promoção de Saúde enquanto fundamento teórico e metodológico. A presença da Portaria 03/2013 na norma recorda que a linha de intervenção baseada na construção de ambientes de trabalho saudáveis - intervenção, por sua vez, originada e alinhada com a PSS - também se constitui como uma referência. Não sem razão, a UFT cita alguns artigos da referida portaria em sua literalidade, a fim de informar de que forma se dá a sua influência sobre a compreensão teórica e metodológica presente na norma.

Art. 3º Para fins dessa Política, consideram-se como documentos normativos e base legal:

[...]

IV - Portaria Normativa no 3, da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – SEGEP/MPOG, de 25 de março de 2013, que institui as diretrizes de promoção da saúde do servidor público federal, que visam a orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal (Sipec). A seguir apresenta-se a transcrição dos referidos artigos:

“Art. 2º. As diretrizes destinam-se a subsidiar políticas e projetos de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho, a serem implantados de forma descentralizada e transversal, por meio das áreas de gestão de pessoas, de saúde e de segurança no trabalho, e que contemplem a gestão participativa.

Art. 4º. As ações de promoção da saúde têm como finalidade a melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, de modo a ampliar a conscientização, a responsabilidade e a autonomia dos servidores, em consonância com os esforços governamentais de construção de uma cultura de valorização da saúde para redução de morbimortalidade, por meio de hábitos saudáveis de vida e de trabalho.

Art. 11. No intuito de viabilizar o cuidado em saúde e aumentar o impacto dos programas e ações de promoção da saúde, priorizam-se os seguintes temas de interesse: I - alimentação saudável; II - cuidado integral em saúde; III - desenvolvimento de habilidades sociais e do trabalho; IV - envelhecimento ativo, educação e preparação para a aposentadoria; V - gestão integrada de doenças crônicas e fatores de risco; VI - mediação de conflitos; VII - prática corporal e atividade física; VIII - prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; IX - prevenção e controle do tabagismo; X - redução da morbidade em

decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; XI - valorização da diversidade humana; XII - prevenção de acidentes de trabalho; e XIII - intervenção nos ambientes e processos de trabalho com vistas à prevenção de doenças, agravos e acidentes ocupacionais.

Art. 18. Cabe aos órgãos e entidades no âmbito do SIPEC viabilizarem os meios e os recursos necessários para garantir a implantação e a implementação das ações de promoção da saúde, com recursos próprios ou oriundos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão” (Universidade Federal do Tocantins, 2023, p. 3-4).

No entanto, é preciso frisar que a presença da Promoção de Saúde enquanto referência, assim como no caso da UFPE, dá-se de forma instrumental e menor diante da Saúde e Segurança do Trabalhador. Esse achado revela que há uma forma de entrada da Promoção de Saúde enquanto fundamento nas Universidades ligada à atenção à saúde dos servidores, que se encontra presente em muitas outras instituições, como as já citadas no trecho a respeito da UFPE, devido ao influxo do paradigma nas legislações referentes à saúde do servidor público federal.

A implementação da Promoção de Saúde nas universidades públicas brasileiras, por meio da Saúde e Segurança do Trabalhador, não é parte dos objetivos deste estudo, por isso essa questão não será aprofundada. Não obstante, é interessante observar que o trecho da Portaria 03/2013 destacado na norma da UFT apresenta como temas de interesse diversos elementos relacionados à intervenção voltada ao risco individual, gerado por comportamentos e hábitos de vida. Esses elementos indicam uma orientação bastante próxima da corrente behaviorista de Promoção de Saúde.

A terceira política a ser analisada neste bloco faz parte das normas da **Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG)** e se trata da Resolução CONUN/UEMG n. 523/2021, que implementa, regulamenta e estrutura os Núcleos de Apoio ao Estudante. Os referidos núcleos, como sinaliza seu nome, atendem apenas estudantes no que diz respeito às demandas relacionadas à política de assistência estudantil, à política de cotas para ingresso na universidade e às questões de acessibilidade para estudantes com deficiência.

A competência de suas atividades está expressa nos seus objetivos, nos quais é possível encontrar também uma menção às ações de promoção de saúde, art. 2º:

- I – Implementar as políticas institucionais de inclusão, assistência estudantil e ações afirmativas para o acesso e permanência na Universidade;
- II – Realizar atendimento aos estudantes, atuando em ações de caráter social, na *promoção da saúde*, do esporte, da cultura e oferecendo apoio acadêmico, contribuindo para a integração psicossocial, acadêmica e profissional da comunidade discente (Universidade do Estado de Minas Gerais, 2021, ~~art. 2º~~, grifo nosso).

A norma é bastante sintética. Após especificar os objetivos, o documento apresenta a estrutura das coordenações e as atribuições do núcleo central e dos núcleos locais, esses últimos localizados em cada uma das unidades acadêmicas da UEMG. As atribuições do núcleo central contemplam atividades relacionadas à implementação da política de assistência estudantil, inclusão, acessibilidade e ações afirmativas, apoio aos núcleos locais, divulgação e acompanhamento de editais. A menção à atenção à saúde aparece apenas nas atribuições dos núcleos locais, art. 5º:

- I – Auxiliar nos processos e políticas de acesso, inclusão, permanência e ações afirmativas para os estudantes;
- II – Orientar o estudante no atendimento de demandas de acessibilidade e educação inclusiva;
- III – Implementar ações que contribuam para a integração psicossocial, acadêmica e profissional do estudante;
- IV – Realizar o acolhimento e promover a ambientação do estudante;
- VI – *Realizar encaminhamentos para apoio à saúde*, apoio psicológico, pedagógico e/ou jurídico, quando necessário;
- VII – Disseminar informações, assistir, acompanhar e orientar os estudantes acerca dos Editais e inscrições nos Programas de inclusão, permanência e assistência estudantil da UEMG;
- VIII - Promover inclusão e atendimento especializado aos estudantes ingressos pelo Programa de Seleção Socioeconômica de Candidatos – PROCAN;
- IX - Promover e estimular ações e projetos regionais no âmbito das ações afirmativas que contribuam para a igualdade de oportunidades de acesso e permanência bem-sucedida dos estudantes na vida acadêmica;
- X - Promover regionalmente a integração social da Universidade pelo estreitamento dos laços com os povos e comunidades tradicionais e com os movimentos sociais (Universidade do Estado de Minas Gerais, 2021, grifo nosso).

É importante observar que, diferentemente das universidades públicas federais, a UEMG não rege as suas ações de assistência estudantil pelo PNAES, mas pelo Programa Estadual de Assistência Estudantil de Minas Gerais, a Lei 22.570/2017. Nessa lei, ao contrário do PNAES, não há referência a ações de atenção à saúde para os estudantes, o que explica a menção tão breve sobre o tema na norma (Minas Gerais, 2017).

Além das menções já referidas, não há qualquer outra especificação relacionada às ações de saúde. De fato, não se pode observar nem mesmo um influxo da Promoção de Saúde sobre a norma, ainda que marginal ou menos influente como em outras políticas estudadas neste bloco. Por essa razão, não é possível dar prosseguimento à análise.

A última política analisada neste segundo bloco pertence à **Universidade Estadual de Goiás (UEG)** e se trata da Política de Assuntos Estudantis, promulgada no ano de 2023. A política implementa na instituição as ações para os estudantes relacionadas à assistência estudantil, na atenção direta aos estudantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, à

cidadania, diversidade e inclusão, para promoção do respeito, o combate às violências e preconceitos, bem como a promoção da acessibilidade e da qualidade de vida, com atividades direcionadas à saúde, ao esporte, à cultura e ao lazer (Universidade Estadual de Goiás, 2023).

O documento aponta como objetivos da política os seguintes elementos:

- I – democratizar as condições para a formação integral, permanência e êxito dos discentes;
- II – difundir e promover a assistência estudantil;
- III – contribuir para minimizar os efeitos das desigualdades sociais na permanência e no êxito acadêmico dos discentes;
- IV – contribuir para a qualidade de vida do discente, buscando melhorar as condições socioeconômicas, culturais e de saúde;
- V – criar condições para a inserção dos discentes em atividades de ensino, cultura, esporte, extensão e de pesquisa;
- VI – incentivar a representação estudantil nos processos de formulação, acompanhamento, execução e avaliação das ações referentes aos Assuntos Estudantis;
- VII – identificar demandas de discentes em situação de vulnerabilidade social e quando necessário encaminhá-los a rede de serviços socioassistenciais;
- VIII – primar pela participação da comunidade universitária (discentes, docentes e técnicos administrativos) no processo de formulação, execução, monitoramento e avaliação das ações de Assuntos Estudantis;
- IX – incentivar a criação e o fortalecimento dos órgãos de representação dos discentes;
- X – identificar os discentes silenciados por processos de segregação, discriminação e exclusão no ambiente universitário; e
- XI – Promover o diálogo com outras Instituições de Ensino Superior no intuito de trocar experiências na aplicação de políticas de Assuntos Estudantis (Universidade Estadual de Goiás, 2023, 3-4).

A política sinaliza também como princípios os seguintes tópicos:

- I – educação como direito social e garantido a todos pelo Estado;
- II – compromisso com a transformação social, visando promover justiça, solidariedade e democracia;
- III – promoção da inclusão social por meio da educação em atividades de ensino, cultura, esporte, extensão e de pesquisa;
- IV – respeito à diversidade étnica, cultural, sexual e religiosa, bem como, às pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais;
- V – defesa da igualdade de condições para o ingresso e a permanência na universidade;
- VI – compromisso da universidade no combate à reprovação e à evasão estudantil;
- VII – democratização do acesso às ações que contribuam para a melhoria do rendimento acadêmico;
- VIII – compromisso em minorar os danos que a condição de vulnerabilidade socioeconômica traz ao processo de formação integral dos discentes;
- IX – implementação e manutenção do caráter intersetorial e multidisciplinar da assistência estudantil;
- X – respeito às particularidades locais e regionais dos câmpus, unidades universitárias e Centro de Ensino e Aprendizagem em Rede (Cear); e
- XI – pluralismo de ideias e reconhecimento da liberdade como valor ético central (Universidade Estadual de Goiás, 2023, p. 2-3).

Entre as ações previstas, o documento elege como principais áreas de atuação as ações relacionadas à moradia estudantil, à alimentação, ao transporte, à atenção à saúde, à inclusão digital, à cultura, ao esporte, ao apoio pedagógico, ao acesso, permanência e êxito dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades e superdotação e, por fim, à representação discente. Dentre as ações elencadas para o trabalho nessas áreas temática, a política propõe a concessão de auxílios e bolsas, a oferta de assessorias, o atendimento, acompanhamento e acolhimento das situações socioeconômicas, de saúde e culturais, a realização de projetos, oficinas, minicursos e eventos, além do acompanhamento do perfil socioeconômico, do desempenho acadêmico e da frequência dos estudantes (Universidade Estadual de Goiás, 2023).

Essas ações, objetivos e princípios possuem como fundamento legal as seguintes legislações:

1. os artigos 207 e 208 da Constituição Federal de 1988, que trazem a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, e os deveres do Estado com a educação;
2. a Lei Federal no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional;
3. a Lei Federal no 7.395, de 31 de outubro de 1985, que dispõe sobre os órgãos de representação dos estudantes de nível superior;
4. o Decreto no 9.593, de 17 de janeiro de 2020, que aprova o Estatuto da Universidade Estadual de Goiás (UEG);
5. a Resolução CsU no 1076, de 14 de dezembro de 2022, que aprova o Regimento Geral da UEG (Universidade Estadual de Goiás, 2023, p. 1).

A partir da leitura do conteúdo da política, é possível observar também uma forte proximidade com o texto do PNAES, revelando uma inspiração na política de assistência estudantil voltada para as universidades federais.

Essas legislações e o conteúdo diretamente referenciado no PNAES demonstram que, como já anunciado anteriormente, a UEG não utilizou os fundamentos da estratégia UPS para construir sua Política de Assuntos Estudantis. A presença da atenção à saúde dentro do eixo relacionado à qualidade de vida se relaciona mais com as prescrições do PNAES do que à Promoção de Saúde enquanto horizonte teórico.

É verdade que se pode avaliar nas opções feitas pela universidade a intenção de atender o estudante numa perspectiva de integralidade, o que poderia sinalizar uma opção por essa ou aquela vertente. No entanto, como a presença da UPS ou mesma da Promoção de Saúde de forma geral como inspiração não se faz presente, não é possível realizar uma análise nesse sentido.

Com a apresentação e brevíssima análise da política da UEG, encerramos este tópico.

A que serviu a análise das políticas apresentadas neste segundo bloco, se essas não dialogam com o fundamento da estratégia UPS? Esses achados surpreendem a intencionalidade inicial deste estudo, ou seja, revelar de que forma a Promoção de Saúde se conforma nas instituições brasileiras de ensino superior que aderiram à estratégia UPS, revelando que nem sempre a adesão significa um amplo comprometimento institucional com a estratégia e demonstrando que as instituições brasileiras possuem outros caminhos para atender as demandas relacionadas à saúde da comunidade universitária. Essa tendência, que é reveladora quanto à posição e à configuração da Promoção de Saúde nas instituições públicas brasileiras, junto a outros achados identificados nesta pesquisa, serão discutidos no capítulo seguinte.

4 A FACE DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA: DISCUSSÕES A PARTIR DAS TENDÊNCIAS ENCONTRADAS

Por meio da análise dos documentos declaratórios da RIUPS e das políticas instituídas nas universidades públicas brasileiras, buscamos coletar subsídios para a compreensão das diferentes configurações de Promoção de Saúde na estratégia UPS. Essa análise permitiu, ademais, identificar elementos do panorama geral do desenvolvimento da referida estratégia no território brasileiro. Nos tópicos a seguir, procuramos sintetizar esses achados, realizando algumas considerações a respeito deles.

4.1 CARACTERÍSTICAS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE NO PROJETO BRASILEIRO DE UPS E UMA PROPOSTA DE ABORDAGEM TERRITORIAL

A partir dos elementos identificados, pode-se afirmar que o desenvolvimento das UPS no Brasil ainda é bastante incipiente. É verdade que, em comparação com os achados de Oliveira (2017), o movimento de UPS demonstra maior maturidade. No entanto, essa maturidade ainda não se traduz em um enraizamento profundo no ensino superior brasileiro e nem mesmo por entre as estruturas das instituições que já aderiram à estratégia. Segundo informações concedidas pelo Ministério da Educação (MEC) por meio do sistema e-MEC, atualmente, o Brasil possui 2827 instituições de ensino superior credenciadas, entre públicas e privadas⁴³. Dessas, apenas 43 possuem vínculo com a RIUPS e/ou REBRAUPS, o que, em termos numéricos, simboliza pouco mais de 1,5% do número total de instituições. Ainda que consideremos somente as instituições públicas federais e estaduais, que foram alvo desta pesquisa, temos que somente 14,5% aderiu à estratégia UPS⁴⁴.

Mesmo dentre as instituições que já aderiram, encontramos ainda um tímido desenvolvimento das ações relacionadas à UPS. Apenas 5 das 32 instituições possuem políticas

⁴³ Para obtenção do referido resultado, foram consideradas apenas as instituições caracterizadas como centro universitário (391 instituições), faculdade (2231 instituições) e universidade (205 instituições). Além disso, foram descartadas as instituições que oferecem ensino exclusivamente na modalidade a distância, considerando a inviabilidade do desenvolvimento completo da estratégia UPS nessas condições, e as instituições destinadas à formação específica para carreiras do serviço público (Exército, Marinha, Aeronáutica, Polícia Militar etc.).

⁴⁴ Considerando os filtros selecionados, o Brasil possui 146 instituições públicas estaduais e 74 instituições públicas federais, das quais 32 aderiram à estratégia e são membros das redes referidas.

de saúde e/ou promoção de saúde que referem explicitamente a relação com a UPS⁴⁵. Muitas outras, conforme é possível verificar no Apêndice 5, realizam atividades sem amparo de normativas que criem amplos projetos institucionais de UPS, as quais coexistem com as atividades de atenção à saúde e promoção de saúde previstas nas legislações brasileiras, a PASS e o PNAES. Essa informação sugere que nem sempre a adesão à estratégia simboliza o comprometimento institucional com o projeto de UPS.

É importante registrar que a PASS e o PNAES seguem se constituindo no principal referencial para as instituições, especialmente as de caráter federal, mesmo nas que aderiram à estratégia UPS e elaboraram políticas amparadas em seu arcabouço, como é o caso da UFPE. Isso se dá, por certo, pela maior autoridade e importância que essas legislações exercem sobre as universidades públicas do país frente à estratégia UPS.

As políticas analisadas demonstram também a diversidade quanto à forma de implementação da estratégia UPS nas universidades públicas brasileiras. Das quatro políticas analisadas, somente duas expressam um projeto institucional de Promoção de Saúde na Universidade, uma delas por meio da criação de uma estrutura para coordenação dos trabalhos relacionados à UPS, a UnB, e outra por meio da articulação das diferentes atividades já existentes em um projeto único, a UFMS. As demais instituições aplicaram os conceitos de UPS a projetos e normativas voltados à atenção direcionada a públicos específicos, o que diverge do projeto de UPS defendido nos documentos declaratórios. É preciso destacar que uma das instituições, conforme já sinalizado anteriormente, mantém uma comissão de trabalho para o desenvolvimento da estratégia UPS em seus *campi*, o que indica a possibilidade futura de construção de um projeto institucional amplo.

Uma das hipóteses para explicar a falta de amadurecimento das UPS no Brasil, tanto no que se refere ao número de instituições quanto à unidade de projetos institucionais, especialmente nas universidades públicas, é a falta de apoio e regulamentação por parte do Estado, seja em nível nacional ou estadual. Essa hipótese será complementada com uma análise no tópico seguinte. Como já mencionado anteriormente, países latino-americanos como Chile, Argentina, Peru e Equador possuem políticas públicas para incentivar a adoção da estratégia UPS nas instituições de seu território. Não é objetivo desta política conhecer em que medida essas políticas se traduzem em recursos financeiros e que peso legal elas exercem sobre as universidades, não obstante, não se pode ignorar que o fato de a estratégia ter sido absorvida

⁴⁵ Somente 4 das 5 políticas foram analisadas neste trabalho. A quinta política, pertencente à UFSC, não foi analisada devido ao vínculo profissional da pesquisadora com a instituição e com a comissão que elaborou a normativa.

pelo Estado indica a maior possibilidade de unidade no projeto de UPS a ser implementado e também favorece a petição por financiamento específico direcionado à demanda de saúde dentro das instituições. Uma outra hipótese também importante é a existência prévia da PASS e do PNAES, que já abarcam a atenção e a promoção de saúde em seus textos. Essa hipótese será retomada adiante com alguns comentários complementares.

Outro achado muito significativo diz respeito ao período de lançamento de todas as políticas encontradas, sejam elas referenciadas na estratégia UPS ou não: todas as normativas foram lançadas entre os anos de 2020 a 2023, ou seja, boa parte delas durante o período em que o mundo vivia a emergência de saúde pública causada pela pandemia de Covid-19⁴⁶.

É fato que a adesão da maior parte das instituições ocorreu no período anterior à pandemia, isso manifesta uma preocupação prévia com a saúde da sua comunidade. No entanto, salta aos olhos o fato de que os serviços de saúde tenham sido organizados sob uma política institucional justo no período de pandemia. No caso da UFMS, essa relação é diretamente expressa na apresentação do programa “Se cuide, Te amo!”.

Criado em março de 2020, o programa “Se Cuide, Te Amo! Uma ação do coração da UFMS” teve como objetivo inicial cuidar das pessoas da UFMS no período da pandemia. Após a execução por três anos consecutivos, o Programa se tornou mais robusto e com maior participação da comunidade e

⁴⁶ Muitas pesquisas demonstram que o período da pandemia gerou grandes preocupações em torno da saúde da comunidade universitária. Para além dos riscos relacionados à própria doença pandêmica, questões decorrentes do isolamento social, medida de segurança adotada para conter o número de contágios, ficaram evidenciadas. Estudos realizados no Brasil trouxeram à tona importantes achados sobre o adoecimento mental no período. Elementos como a distância da família, a falta de rede de relacionamentos, o excesso de informações a respeito da pandemia, a insegurança em relação à manutenção do emprego, além do medo da perda de familiares e amigos foram identificados como fatores que permitiram o surgimento ou o agravamento do adoecimento mental entre estudantes. Questões prévias como o consumo abusivo de álcool e tabaco, o sedentarismo, a existência de sintomas depressivos e ansiosos foram exacerbadas durante a pandemia, agravando as doenças relacionadas à saúde mental entre estudantes. Silva *et al.* (2023), em pesquisa realizada com pós-graduandos, encontraram sintomas depressivos em 83% dos participantes e sintomas ansiosos em 76,1%. (Ferreira *et al.*, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021; Andrade; Ribeiro; Máté, 2023; Camargo Júnior *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023). Entre trabalhadores docentes e técnicos, estudos identificaram relatos de “fadiga digital”, perda dos limites entre a vida pessoal e a profissional, falta de habilidade com as tecnologias para a nova realidade de trabalho, solidão, medo em relação à pandemia e aprisionamento. As mulheres com maior número de familiares no lar relataram maior sofrimento mental. Serralta, Zibetti e Evans (2020) interpretam esse sofrimento como consequência da sobrecarga gerada pela união entre as tarefas domésticas, tradicionalmente assumidas pelas mulheres, e de trabalho no mesmo ambiente. Os docentes, em particular, experimentaram fortes dificuldades na transição entre o trabalho exercido em sala de aula para a realidade na qual as tecnologias de informação e da comunicação passaram a mediar todos os processos de trabalho. As novas demandas geradas pela manutenção das atividades de docência em meio digital contribuíram também para a dissolução dos limites da jornada de trabalho (Serralta; Zibetti; Evans, 2020; Santos; Silva; Belmonte, 2021). Toda essa conjuntura demandou das instituições respostas que, para além da oferta de meios para a continuidade das atividades, tocavam na saúde dos membros da comunidade universitária. Daí a correlação entre o período de lançamento das políticas e o período de pandemia.

apresenta um planejamento para quatro anos - 2023-2026, com o objetivo principal de acompanhamento e de suporte para a comunidade universitária, preocupando-se em realizar ações que possam oferecer melhorias para a qualidade de vida de todas as pessoas da UFMS ((Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2023, p. 5).

A busca por contemplar o objetivo principal da pesquisa também revelou achados importantes para a compreensão das configurações de Promoção de Saúde da estratégia UPS, tanto no território brasileiro quanto na Ibero-América. Destacam-se, num primeiro momento, os dados relacionados à realidade do Brasil.

Dentre as quatro normativas analisadas, uma delas não pôde oferecer uma compreensão maior no que se refere à orientação da Promoção de Saúde. Em relação àquelas que trouxeram contribuições nesse sentido, todas apresentaram maior alinhamento com a PSS. Realizando uma análise comparativa entre as informações extraídas das normativas e aquelas sintetizadas durante o capítulo 2, expressas de forma resumida no Quadro 1, podemos inferir os seguintes dados, que corroboram essa interpretação, conforme o Quadro 7.

Quadro 7 - Análise das instituições segundo as vertentes de Promoção de Saúde identificadas pela teoria

Instituição	Concepção de saúde (ausência de doenças e/ou prevenção de riscos ou consideração de outros aspectos que excedem as escolhas pessoais)	Características das intervenções (intervenções focadas na alteração dos comportamentos ou direcionadas também a questões socioeconômicas e ambientais)	Participação da comunidade universitária (passividade diante das demandas de saúde ou possibilidade de expressão da autonomia e protagonismo)
UFPE	Bem-estar físico, mental e social; direito fundamental do ser humano influenciado por questões socioeconômicas e ambientais e pelo acesso a bens e outros direitos.	Intervenções elaboradas considerando informações levantadas junto aos servidores; ações de combate ao assédio sexual e/ou moral e aos preconceitos.	Possibilidade de participação por meio das pesquisas e das buscas periódicas a serem realizadas. Não há menção a processos organizativos dos trabalhadores.
UFMS	Não apresenta uma concepção expressa, mas contempla em seu projeto de Promoção de Saúde ações voltadas à atenção direta em saúde mental e física e também projetos para criação de redes de apoio, condições de permanência e	Ações de atenção direta à saúde dos estudantes e servidores; ações de apoio com oferta de material tecnológico, criação de redes de apoio, criação de ambientes acolhedores, formações, fomento a grupos de apoio.	Acolhida dos grupos organizados de estudantes.

	sucesso, formação e combate a violências.		
UnB	Opção pelo conceito ampliado de saúde.	Ações direcionadas à Promoção de Saúde de forma direta, de forma individual e coletiva; articulação em rede com projetos internos e com a rede pública de saúde; ações de vigilância em saúde; atenção direta em saúde mental e acompanhamento nutricional; articulação política e envolvimento com o movimento estudantil. Presença de ações para mudança dos comportamentos de risco alinhada com a discussão da PNPS revisada.	Acolhida do grupos do movimento estudantil e promoção da articulação política frente aos processos de adoecimento da universidade.

Fonte: Elaboração própria (2024).

A constatação da presença mais marcante da PSS como referencial teórico e metodológico suscita questionamentos quanto à influência das suas fragilidades sobre a prática das instituições. Essa indagação demandaria uma nova pesquisa, a fim de compreender os sentidos atribuídos às práticas de Promoção de Saúde pela comunidade universitária nesses espaços⁴⁷.

Além da presença da PSS nos projetos declaradamente alinhados com a UPS, é importante destacar o influxo da Promoção de Saúde também por meio da Portaria Normativa 03/2013, essa, por sua vez, alinhada com a intervenção baseada em ambientes voltados para os espaços de trabalho. Essa constatação, presente na política da UFPE e da UFT, demonstra a existência de uma outra porta de entrada da Promoção de Saúde no espaço universitário.

Apesar da evidência quanto à presença de uma influência mais significativa da PSS sobre a estratégia UPS brasileira, é preciso destacar novamente que esse influxo ocorre não de forma pura, o que sugere uma possibilidade de amadurecimento em relação à corrente oriunda dos países do norte global. Como visto no tópico anterior, a UFPE oferece uma compreensão de Promoção de Saúde como elemento instrumental, subordinado às práticas da Saúde e

⁴⁷ Conforme exposto no Quadro 1, embora a PSS tenha superado várias dificuldades em relação à corrente behaviorista, ela carrega consigo ainda algumas fragilidades relacionadas à análise superficial das causalidades na produção de saúde e também quanto ao uso de termos ambíguos e politicamente manipuláveis.

Segurança do Servidor e, por consequência, à PASS. Sua política inspira-se na filiação da instituição à RIUPS para oferecer uma outra possibilidade de horizonte para as práticas já previstas na política nacional voltada aos servidores.

Do mesmo modo, a UnB procura referenciar suas ações como uma UPS não somente no bojo da PSS internacional, mas também nas legislações e políticas públicas nacionais, como a PNPS revisada e o próprio SUS. Também a UFMS, ao elencar as ações previstas em seu programa, considera como parte do seu projeto institucional de Promoção de Saúde as ações já elencadas na PASS e no PNAES. Esses achados revelam que as instituições que aderiram à estratégia UPS no Brasil constroem e têm possibilitado o amadurecimento de uma vertente “à brasileira” do programa, mesclando a inspiração internacional com as particularidades das políticas públicas próprias do Brasil. Em conclusão, o estudo das configurações da Promoção de Saúde enquanto referencial teórico, político e metodológico da estratégia UPS no Brasil, revela não uma inclinação pura e total às vertentes pré-concebidas em outros países, mas algo novo, que se assemelha à PSS em muitos aspectos, como demonstrado anteriormente, mas que abraça também as tradições da Saúde Pública, da atenção à saúde estudantil e à saúde do servidor público federal enraizadas no Brasil.

Tal característica, a qual denominamos abasileiramento da estratégia UPS, é possível devido à heterogeneidade presente na própria raiz do projeto que chega ao país. Os documentos que trazem as principais concepções de Promoção de Saúde para as universidades, tais como o *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior* e o *Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas*, apresentam eixos e orientações bastante amplas, que podem ser adaptadas a cada realidade local. A conclusão da leitura dos documentos indica não uma indefinição do que possa ser uma UPS, mas, na verdade, a abertura que permite a adequação às realidades locais e também à natureza das instituições, sejam públicas ou privadas.

As diversas ações que podem ser realizadas por uma universidade que abraça tal projeto abrem a possibilidade da incorporação das diversas ações e políticas já existentes à UPS, abrigando-os todos sob um mesmo guarda-chuva. Não à toa, o processo de adesão à RIUPS considera o portfólio das ações já realizadas pelas instituições para atestar a presença ou não de um projeto promotor de saúde nas instituições candidatas.

É fato que essa heterogeneidade pode conter fragilidades e potencialidades. Das fragilidades, pode-se dizer que as ações implementadas sob o título de Promoção de Saúde podem ser apenas aquelas já tradicionalmente realizadas em nível de atenção à saúde, sem uma revisão ampla dos seus formatos segundo conceitos ampliados de saúde e projetos de promoção,

sem uma consideração mais profunda sobre o modo pelo qual se realiza a produção de saúde dentro da universidade.

Por outro lado, a heterogeneidade que abre portas à característica brasileira dos projetos de UPS apresenta uma vantagem: se elaborada a partir de um conceito duro, oriundo das experiências internacionais, a implementação da estratégia UPS pode desgifurar as instituições e suas trajetórias, ignorando os processos organizativos que deram origem às políticas nacionais de Assistência Estudantil e Saúde do Servidor. Tais políticas expressam a construção, a partir da identidade nacional, do reconhecimento das demandas da comunidade universitária. Podem possuir suas limitações, mas são também expressão daquilo que há de tradição em torno dos direitos dos trabalhadores e estudantes das universidades. Apesar de não diretamente fundamentadas em princípios da Promoção de Saúde, suas ações, se levadas a cabo de forma integral, constituem autênticos elementos promotores de saúde. Seria inviável construir um projeto de UPS no Brasil e ignorar tais normativas.

O processo de incorporação da estratégia UPS considerando a tradição brasileira possui ainda outro potencial: os conceitos frágeis, superficiais, advindos da PSS⁴⁸, podem ser discutidos e ressignificados sob as compreensões construídas junto à Saúde Pública no país. Se compreendida a atenção ao estudante e ao servidor como parte de um processo global de garantia do direito à saúde, a estratégia UPS pode ser interpretada não como projeto internacional a ser replicado, mas como ação a sofrer um processo de enculturação, inspirando-se, para isso, na maturidade das discussões em torno da saúde enquanto direito no país.

A reconstrução da estratégia sob esse entendimento será enriquecida com a PASS e o PNAES, que já pautam a maior parte das políticas de saúde e/ou promoção de saúde existentes nas instituições. O projeto de UPS, por sua vez, poderá transmitir às políticas já existentes o conceito de integração da atenção, ao propor o diálogo entre as intervenções e ao considerar a comunidade universitária como um único público vinculado ao mesmo território, ainda que com vínculos diversos. Essa hipótese de construção de um projeto de UPS considerando as estruturas normativas já existentes foi, em parte, defendida por Oliveira (2017), quando o autor considerou a implementação da estratégia UPS via PNAES.

De fato, as universidades que constroem políticas de saúde e/ou Promoção de Saúde já caminham nesta direção. No Apêndice 5, é possível verificar que todas as universidades públicas federais, as quais são obrigatoriamente regidas tanto pelo PNAES quanto pela PASS, seguem realizando suas atividades segundo as normativas brasileiras, a despeito de novos

⁴⁸ Conforme apresentado no tópico 2.2.

projetos relacionados à UPS. O que parece faltar, portanto, é a compreensão do potencial existente no diálogo entre políticas nacionais e a estratégia UPS, sendo essa última utilizada como forma de entrelaçamento e diálogo entre as iniciativas existentes e caminho estratégico para a construção de um projeto institucional único de Promoção de Saúde.

Ao mencionar a possibilidade de estabelecimento de um projeto institucional único de Promoção de Saúde e nos referirmos à categoria território como uma característica da universidade, seguimos a compreensão de Accorsi (2015). A autora, ao abordar a atenção psicossocial para estudantes no ensino superior brasileiro, refere a necessidade de compreender a instituição em seus diferentes *campi* sob a compreensão do território.

Por território entendemos o espaço não necessariamente restrito a uma localidade física, no qual uma parte significativa da vida acontece, tendo como base algumas relações e normas estabelecidas, com ou sem consenso amplo. É um espaço de ação, onde diferentes usos são feitos e diferentes grupos com diferentes intenções se relacionam (Monken; Barcellos, 2007; Souza; Pedon, 2007). A esse conjunto de relações de variados tipos que constroem o território e que nele se desenvolvem, Souza e Pedon (2007) denominam territorialidade.

A instituição do território pode ter uma base jurídica, como no caso dos territórios organizados pelo Estado (Souza; Pedon, 2007). A universidade como instituição, pública ou privada, tem uma base jurídica para a sua existência, mas não se limita a um aspecto formal e legal na construção do seu sentido de existência. Faz-se necessário compreender também que dos diferentes usos que dela são feitos - estudo, trabalho, lazer, comércio, ação política - emerge uma identidade, que traduz a forma como as pessoas que vivem nela uma parte de suas vidas se apropriam daquele lugar.

Há uma territorialidade que é própria da universidade. Ainda que localizada dentro de um outro território - a cidade, o bairro etc. - a intensidade das relações que nela se constroem por meio dos seus diferentes usos gera características e demandas peculiares que exigem uma atenção especial na abordagem da saúde. Sem perder de vista essa relação da universidade com outros territórios e outras territorialidades, e mesmo com a política nacional de saúde, é possível compreender a instituição como um território em particular. A assunção da compreensão da universidade enquanto território permite um olhar integrado sobre a comunidade universitária, facilitando o diálogo entre as diferentes políticas e estratégias realizadas no âmbito da universidade. Embora algumas necessidades sejam bem particulares, ligadas a uma população específica - como a oferta de benefícios estudantis e a atenção da Medicina do Trabalho - existem realidades que dizem respeito a toda a universidade, como a acessibilidade, o saneamento, os espaços de lazer e convivência, o restaurante universitário, a manutenção

predial, entre outros. Observando essas necessidades compartilhadas e aquelas particulares abarcadas pela PASS e pelo PNAES, é possível construir um projeto de Promoção de Saúde em unidade.

Sob essas categorias e políticas - território, comunidade universitária, PASS e PNAES - pode-se construir um autêntico projeto de UPS brasileiro, voltado para o atendimento integral das demandas dos estudantes e trabalhadores⁴⁹.

Seguindo a análise, partindo para uma avaliação do cenário no qual a universidade pública brasileira se encontra, é preciso destacar que não somente a dificuldade de visualização de um projeto institucional único interfere na implementação de ações unificadas de promoção de saúde na universidade. Outros elementos, externos à universidade, interferem na concretização do essencial para a manutenção do ensino, pesquisa e extensão, tornando o projeto de Promoção de Saúde uma espécie de esforço hercúleo. Nesse momento, faz-se necessário a abertura de um breve tópico de análise conjuntural.

4.2 OUTRA HIPÓTESE SOBRE O TÍMIDO DESENVOLVIMENTO DAS UPS NAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS A PARTIR DE UM RESGATE HISTÓRICO CONJUNTURAL

A análise do desenvolvimento da estratégia UPS no Brasil restaria incompleta se partisse exclusivamente de uma avaliação endógena das universidades. Nesse último tópico, pretendemos explorar, ainda que brevemente, o cenário econômico e político no qual as universidades públicas têm realizado suas atividades nas últimas décadas. Esses fatos servem para compreender a peculiaridade da situação do ensino superior público do Brasil e interessam como parte deste estudo porque permitem elaborar uma outra hipótese acerca da exiguidade em termos de expansão e fortalecimento do movimento de UPS brasileiro.

Há cerca de 30 anos se encontra em execução um projeto de cariz neoliberal no Brasil, o qual incessantemente avança contra as conquistas consagradas e/ou fortalecidas na Constituição Federal de 1988, entre elas, a universidade pública. Desde a década de 1980,

⁴⁹ Por certo, as proposições aqui realizadas se restringem apenas às universidades públicas, objetos desse estudo. Às universidades privadas, que também podem aderir à estratégia UPS, caberia a instituição de um projeto considerando as suas particularidades. Por não serem alvo deste estudo, essas possibilidades não foram abordadas. Encontram uma limitação também as universidades públicas estaduais, as quais não são regidas pela PASS e por vezes possuem legislações estaduais para reger a Assistência Estudantil. Ainda que não sejam amparadas pelas políticas apontadas como caminho para instituição de um projeto brasileiro de UPS, essas instituições podem partir do mesmo princípio da compreensão da universidade enquanto território para criar um projeto considerando suas particularidades.

quando o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) assumiram a frente das negociações para garantir o pagamento da dívida pública contraída pelos países então subdesenvolvidos, uma série de recomendações têm sido direcionadas ao Brasil, visando à contenção de gastos com políticas públicas, a fim de garantir uma margem adequada na arrecadação nacional para a finalidade almejada pelos organismos. Essas recomendações não tardaram a tocar a realidade da universidade (Vieira, 2001).

Tal projeto começou a ser colocado em prática já no governo de Fernando Collor de Melo, em 1989, com a realização de privatizações e outras medidas para o corte de gastos. Esse modelo foi continuado no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), iniciado em 1995, com o Plano Diretor de Reforma do Estado. Com a pretensão de diminuir o déficit fiscal, a posição do Estado diante da sociedade foi sendo remodelada, direcionada para uma posição de gestor do desenvolvimento nacional ao invés de participante ativo na construção do desenvolvimento. Progressivamente, o Estado abriu mão de áreas que poderiam ser absorvidas pelo mercado. Mesmo as áreas que permaneceram sob o controle do Estado, como a educação, receberam recomendações do Banco Mundial e do FMI indicando a necessidade de diversificação do financiamento, abrindo espaço para a participação do setor privado (Mancebo, 2004; Lima, 2013; Vieira, 2001).

Os recursos enviados pelo governo federal às universidades entre o período de 1994 a 1998 decaíram de 0,73% do Produto Interno Bruto (PIB) para 0,67% do PIB. A consequência dessa série de medidas foi o sucateamento das universidades em termos de estrutura física e de recursos humanos. Em 1997, as universidades federais possuíam um déficit de 12.297 servidores docentes e técnicos (Lampert, 2007; Vieira, 2001).

A mudança de governo ocorrida em 2003, quando da vitória eleitoral de Luiz Inácio Lula da Silva, não provocou grandes mudanças no caminho até então percorrido. Sob a bandeira de expansão do acesso ao ensino superior, o governo federal encampou propostas como o Programa Universidade para Todos (PROUNI), por meio do qual transferiu recursos ao ensino superior privado ao invés de apostar no investimento nas universidades públicas. Com esse mesmo jargão, aprovou o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Tal reforma procurou ampliar as vagas para estudantes nas universidades federais, sem, contudo, realizar o devido aumento do número de docentes, resultando na sobrecarga de trabalho, além de condicionar o repasse de recursos adicionais ao atingimento de metas. Esgotadas pelo desgaste gerado no período do governo FHC, muitas instituições aderiram à reforma em busca de novo fôlego financeiro, apesar da enorme pressão

contrária realizada pelo movimento sindical de docentes e técnicos administrativos e pelo movimento estudantil (Lima, 2013; Mancebo, 2004; Paula, 2015).

No período governado por Dilma Rousseff, iniciado em 2011, as expectativas de um novo trato para com as políticas públicas também foram frustradas. No primeiro ano de gestão, 3,1 bilhões de reais foram cortados do orçamento da educação. A diminuição do orçamento seguiu presente no seu segundo mandato, com a realização do corte de 70 bilhões de reais do recurso destinado às políticas públicas, no ano de 2015. Tais ajustes em relação ao orçamento, no entanto, não afetaram os gastos direcionados ao pagamento da dívida pública e à amortização de juros - objetivo primeiro do Banco Mundial e do FMI nas suas recomendações ao Brasil - que somaram 49,7% do total dos gastos da União, consideradas todas as áreas de investimento, durante todo o governo do PT (Carleial, 2015; Lima, 2013; Reis, 2015).

A questão orçamentária para as universidades agravou-se ainda mais no período em Michel Temer esteve no poder, especialmente quando da aprovação da Emenda Constitucional n. 95/2016, alcunhada de emenda do teto de gastos. Segundo o texto aprovado, as despesas da União pelas duas décadas seguintes, ou seja, até o ano de 2036, não poderão ser aumentadas, senão corrigidas considerando a inflação acumulada desde o exercício orçamentário do ano anterior. Na prática, a emenda prejudica a expansão dos investimentos nas universidades existentes e na implementação de novas instituições, além de afetar o investimento em pesquisa e extensão, estagnando o desenvolvimento científico e tecnológico do país. A medida também debilita a manutenção dos serviços já existentes, dado que, a critério do governo vigente, as universidades poderão receber até mesmo menos recursos do que o valor corrigido pela inflação, caso outras áreas careçam de maior investimento⁵⁰ (Mariano, 2017; Lusa *et al.*, 2019).

Vale mencionar que os gastos direcionados ao pagamento e amortização dos juros da dívida pública não foram incluídos no rol de despesas limitadas na Emenda Constitucional n. 95/2016, evidenciando sua intrínseca relação com o projeto neoliberal em curso no Estado brasileiro (Mariano, 2017).

A transição do governo Temer para o de Jair Messias Bolsonaro trouxe novas características para o processo de sucateamento da universidade pública. Já em 2019, no primeiro ano de governo, notícias ventiladas pelo MEC anunciaram um corte de 30% nos orçamentos de investimento e custeio das instituições. Diante das mobilizações realizadas, o

⁵⁰ Isso se dá justo porque o teto de gastos estabelecido pela emenda obriga o governo a manter as despesas totais num valor determinado. Caso alguma área necessite de maior investimento, outra área terá de ceder seus recursos. Os investimentos públicos ficam, então, fadados ao jogo da necessidade e da escolha política.

corte não chegou a se concretizar, mas deixou marcas de insegurança nas instituições, sentimento que permaneceria durante toda a gestão Bolsonaro (Chaves; Araújo, 2022).

Além de prosseguir com a diminuição de investimentos no ensino superior público observada nas três décadas anteriores, a gestão Bolsonaro foi marcada pela forte descredibilização da autonomia universitária e da autoridade científica. Em seu discurso, Jair Bolsonaro frequentemente desacreditava as universidades, transformando-as em alvo de ataques políticos e estimulando entre seus correligionários a mesma postura. Até agosto de 2021, 26 reitores não eleitos pelas comunidades universitárias haviam sido nomeados pelo MEC. A postura do então presidente em relação às universidades era, também, uma das faces do descrédito que conferia à ciência como um todo, fato que ficou expresso durante a crise sanitária gerada pela pandemia de Covid-19 (Araújo; Macedo, 2022)⁵¹.

Esse cenário, no qual se acumulam décadas de desmantelamento da política pública de ensino superior, coroadado com a descredibilização política e científica da universidade e as dificuldades do tempo de pandemia, é o mesmo cenário no qual os projetos de UPS se desenvolvem. Retomamos aqui o fato de que a estratégia UPS não é apoiada e, conseqüentemente, financiada pelo governo federal. Todas as ações realizadas que excedem a PASS e o PNAES se realizam tão somente por iniciativa dos gestores e demais trabalhadores dedicados à questão da saúde da comunidade universitária. Em suma, manejando os recursos já existentes, equipes multiprofissionais procuram oferecer uma atenção integrada à saúde, num misto de criatividade teimosa e firmeza com o projeto político almejado para a universidade e aqueles que nela se encontram.

⁵¹ Todas as informações aqui relatadas interferem de forma mais direta na realidade das universidades públicas federais, mas não deixam de atingir as universidades estaduais com nuances particulares que aqui não poderão ser exploradas por uma limitação própria do estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo findado este processo de pesquisa, é possível resgatar os principais elementos suscitados durante este percurso, a fim de construir um panorama dos principais achados.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a qual horizonte teórico, político e metodológico de Promoção de Saúde o projeto de UPS nas universidades públicas brasileiras se filia. Essa pergunta conduziu, primeiramente, ao escrutínio das diferentes tensões existentes na história da Promoção de Saúde e ao conhecimento da sua chegada no Brasil por meios diversos, como a PNPS, as Cidades Saudáveis, a Agenda 21, as Comunidades Solidárias e, por fim, mais recentemente, as UPS.

O processo de investigação demonstrou também que a estratégia UPS chegou ao Brasil por interesse das próprias instituições, dispostas a assumir o projeto como próprio. O protagonismo das universidades foi de imenso valor para revelar um desejo autêntico por atender as demandas particulares de saúde que emanam da comunidade universitária, mas que não foi acompanhado pelo incentivo formal do governo brasileiro. Como resultado, as instituições seguem construindo projetos de UPS apenas pela disposição das equipes, contando com os já precários recursos e encontrando dificuldades para consolidar um movimento unificado de ampla adesão institucional. Na maior parte das instituições, pequenos projetos não amparados por políticas institucionais constituem as principais atividades relacionadas à estratégia UPS.

Esse aspecto é, também, reflexo da incipiência do movimento no Brasil. No ano em que esta pesquisa é finalizada, a instituição formal da REBRAUPS completa seis anos. Desde o momento da primeira adesão até o momento atual, apenas uma pequena parcela das instituições brasileiras, entre públicas e privadas, aderiu à estratégia UPS. Também por este motivo é reduzido o número de instituições que já amadureceram o debate interno a respeito do tema ao ponto de poderem elaborar uma política referenciada na estratégia UPS. Esse fato causou certo impacto na pesquisa, limitando as comparações e generalizações dos achados.

Apesar desse entrave, o material coletado forneceu elementos suficientes para responder a pergunta original e fornecer informações complementares. A análise dos documentos declaratórios da RIUPS permitiu compreender o quão calcado está o movimento de UPS da Ibero-América na tradição da PSS, partindo da intervenção baseada em ambientes, construída nos primórdios da nova tradição da Promoção de Saúde ainda no Canadá, na década de 1980. Essa proximidade ficou evidenciada não somente no comprometimento explícito da Carta de Edmonton com esta intervenção, mas também em todo o conteúdo dos documentos,

profundamente alinhados com a leitura de mundo e de sociedade e com o projeto internacional de Promoção de Saúde que vigora até os dias atuais.

No que se refere às políticas de saúde e/ou Promoção de Saúde das universidades públicas brasileiras, objetos deste trabalho, a pesquisa revelou que as iniciativas existentes caminham para o afastamento de uma concepção behaviorista de Promoção de Saúde, aproximando-se mais do escopo da PSS. Isso pela amplitude das concepções de saúde e também pelas estratégias de atenção e cuidado propostas, que se afastam do foco demasiado sobre os estilos de vida. Mas esses não foram os únicos achados. A análise das políticas permitiu ainda compreender que a redução da estratégia de UPS brasileira às vertentes já existentes no âmbito internacional é um equívoco. Como destacado no decorrer do texto, o projeto de UPS que se elabora no Brasil caminha de modo a construir características próprias.

Verificou-se uma primazia da influência das normativas nacionais, como a PASS, o PNAES e o próprio SUS, sobre todas as políticas encontradas, sejam as que referem explicitamente a seu fundamento na estratégia UPS, sejam as que tratam de Promoção de Saúde de forma genérica. Isso demonstra que as instituições têm incorporado a estratégia UPS e também a Promoção de Saúde como um paradigma, de maneira a moldá-los à tradição brasileira, o que denota uma contribuição particular do Brasil para a experiência internacional.

Essa contribuição sinaliza uma oportunidade, qual seja, a incorporação crítica da potencialidade do projeto internacional, a absorção da experiência construída no tema da intervenção em ambientes com a recusa das fragilidades encontradas na tradição da PSS. Com o lastro da tradição brasileira, fundamentada na experiência da Saúde Coletiva no que diz respeito à política nacional de saúde e nas contribuições da Saúde do Trabalhador e da Assistência Estudantil, a experiência de UPS no Brasil tem o ensejo para superar a discussão superficial das questões macrossocioeconômicas, tal como visto na primeira seção deste trabalho, ao se tratar das fragilidades da PSS, e criar condições para uma Promoção de Saúde verdadeiramente enraizada no chão das universidades e na vida da comunidade universitária. Cria-se o caminho para construir um projeto cuja perspectiva une a ideia de criar condições para promover a qualidade de vida e garantir condições adequadas para a saúde, e isso por meio da articulação política, com o cuidado trabalhado na base do território e no reconhecimento das manifestações particulares das demandas.

O projeto brasileiro, unido às tradições dos movimentos sociais, tão presentes na história das universidades, tem a oportunidade de gerar uma mobilização real da comunidade que se afaste dos dilemas envolvendo a categoria *empowerment*, promovendo a centralidade dos coletivos na construção da vida e na luta política, sem eliminar o papel do Estado. Ao contrário,

a verdadeira mobilização sugere a articulação para implicar o Estado na garantia dos direitos por meio de políticas públicas.

Assim sendo, referendamos as palavras de Vasconcelos e Schmaller (2014, p. 86) e as aplicamos à realidade universitária quando afirmam que

a Promoção de Saúde é passível de ser considerada uma lente da integralidade, da concepção ampliada de saúde, da determinação social da saúde a nortear os serviços de sanitários em todos os níveis de atenção e a parametrizar os trabalhos dos diferentes gestores. [...] Concebemos que o lugar da Promoção de Saúde deve ser analisado no conjunto das lutas do Movimento de Reforma Sanitária, associada aos seus marcos reivindicatórios: universalidade, igualdade, descentralização, integralidade, intersetorialidade, trabalho interdisciplinar, controle social e organização e mobilização popular.

Em resumo, partindo desses termos, consideramos que há uma via pela qual a Promoção de Saúde, a despeito das inúmeras tensões que seu legado internacional carrega, pode dar bons frutos na universidade pública brasileira.

Além dos principais elementos encontrados durante a pesquisa que revelaram, em paralelo, o atual estágio de desenvolvimento da estratégia UPS no Brasil e também, de forma central, as configurações da Promoção de Saúde nas universidades públicas brasileiras, outros achados importantes foram identificados, os quais merecem uma breve nota neste espaço, embora não possam aqui ser aprofundados. Esses achados despertam novas questões e sugerem que o tema da Promoção de Saúde, como um paradigma no espaço da Universidade, merece investigações mais aprofundadas.

Referimo-nos aqui aos elementos encontrados durante a análise dos documentos declaratórios da RIUPS. No percurso desta etapa da pesquisa, algumas hipóteses importantes foram levantadas. Sem pretender esgotar o assunto, ao passo que não se pode ignorá-lo, tecemos nos próximos parágrafos algumas considerações a esse respeito, oferecendo caminhos para uma futura linha de investigação.

A esse propósito, resgatamos o esquema de hipóteses proposto anteriormente, comentando brevemente cada postulado.

Promoção de Saúde é a chave da mudança social global: as declarações de Costa Rica e Coimbra deixam entrever a compreensão de que a Promoção de Saúde não se refere exclusivamente a uma nova forma de abordagem direcionada às políticas de saúde, mas sim a uma nova forma de abordagem política geral. Por meio dessa compreensão, a Promoção de Saúde é encarada como um paradigma motor da transformação social, valendo-se da saúde como valor central. Esse entendimento fica expresso nos seguintes trechos, já transcritos anteriormente:

Impulsar la Promoción de la Salud como la estrategia fundamental para modificar determinantes políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos asociados a la producción de la salud (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2011, p. 3).

La Promoción de la Salud (PS) es un modelo político y estratégico asociado al campo de la salud pública mundial que brinda los medios para promover: la equidad, la libertad, la inclusión, los derechos humanos, el desarrollo humano, el desarrollo y el cambio social en nuestros países (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2022, p. 3).

A perspectiva revelada nesses excertos indica um espraiamento da saúde para outras áreas da vida humana. Nessa concepção, questões políticas, econômicas, sociais, culturais, ambientais, a equidade, a liberdade, os direitos humanos tornam-se alvos de ações de saúde porque são compreendidos enquanto determinantes da saúde, e não apenas como valores em si. Essa é a mesma perspectiva presente na proposta “Saúde em todas as políticas”.

É fato que a saúde deve ser concebida como o resultado de uma vida vivida em condições dignas, que permitam o desenvolvimento humano de forma integral, o que compreende o acesso à alimentação, moradia digna, educação, transporte, assistência dos serviços de saúde, entre outros elementos. A saúde, em verdade, não é apenas uma condição biológica positiva, livre de doenças. A assunção dessa premissa implica, por certo, a adoção de políticas públicas que considerem todos esses elementos citados e também a organização macrosocioeconômica da sociedade, da qual esses elementos são expressão.

Entretanto, ao abordarmos a intervenção em saúde como motor de transformação social, buscando abandonar as perspectivas biologicistas e centradas na cura, podemos incorrer em outro erro: a redução da vida humana à saúde, quando a saúde deixa de ser fruto de uma sociedade direcionada à promoção integral do desenvolvimento humano e passa a ser o objetivo central da organização da sociedade.

Uma face desse fenômeno já foi abordado anteriormente sob o termo “medicalização da vida”, quando autores como Irving Zola, Ivan Illich, Peter Conrad e Michael Foucault identificaram uma tendência de transformação das problemáticas cotidianas em meros objetos da Medicina, sendo abordadas com diagnósticos e tratamentos⁵² (Frazão; Minakawa, 2018;

⁵² Na mesma obra em que abordam os dilemas relacionados à Promoção de Saúde, Furtado e Szapiro (2012) abordam brevemente conceitos da medicalização da vida. Esse trecho, em particular, expressa com precisão o seu significado: “Neste sentido, não só a vida, mas também a morte foi medicalizada, passando a ser percebida como resultado de uma ineficiência na arte de governar as populações, como negatividade e como um desafio a ser enfrentado pelo saber médico” (Furtado; Szapiro, 2012, p. 814). Sob uma perspectiva medicalizante, não apenas as doenças, mas também fenômenos naturais da vida humana que nos desafiam, como o envelhecimento, o sofrimento e a morte, passam a ser considerados desafios da Medicina, que evoca sua autoridade para fazer a humanidade vencer a si mesma. Como já abordado no primeiro capítulo deste estudo, a tendência medicalizante é útil para o Estado orientado por

Murguía; Odorika; Lendo, 2016; Szapiro, 2005). O que se observa, no caso em particular, é uma expressão de medicalização da vida por meio da política, ou uma abordagem “saudista” da vida pela política, recordando o termo utilizado no decorrer deste trabalho. A saúde se dissemina como projeto de sociedade, reduzindo, perigosamente, problemáticas estruturais a problemas de saúde⁵³, tomando a consequência por causa, além de reduzir o desenvolvimento humano integral à mera busca de saúde como bem-estar⁵⁴.

São as pessoas que, capacitadas por meio da Promoção de Saúde, assumem o protagonismo da mudança: é interessante observar que a medicalização da vida pela política carrega consigo um fenômeno similar ao produzido pela medicalização da vida, a manipulação da responsabilidade pessoal como valor.

Os documentos emitidos em Ottawa, Edmonton, Alicante e Okanagan afirmam que a Promoção de Saúde consiste no processo de capacitação da comunidade, a fim de que essa possa obter maior controle sobre os determinantes que afetam sua saúde. O conceito, por um lado, pode ser interpretado como a conquista de maior espaço para o engajamento político, permitindo à comunidade um protagonismo nos temas afetos à sua própria vida. Entretanto, as indicações presentes nas declarações de Costa Rica e Monterrey parecem sinalizar um outro caminho. Monterrey, de forma particular, destaca-se pela sua evocação insistente da “consciência saudável”:

Es clara la necesidad de emprender un extraordinario esfuerzo por desarrollar en nuestros pueblos una nueva cultura y conciencia salubrista que permita a las personas, en su plano individual y comunitario, tomar control sobre su salud; autogestionar su salud; desarrollar autonomía en salud y participar corresponsablemente en la coproducción de salud (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019b, p. 2).

Se a Promoção de Saúde é compreendida como a principal estratégia de mudança social e se ela se realiza por meio da capacitação das pessoas para que adquiram o controle da sua saúde por meio da consciência saudável, entende-se, portanto, que recai *prioritariamente sobre*

princípios neoliberais e para o próprio mercado, os quais se valem dos princípios da saúde, caros a toda a humanidade, para submeter as populações a ideais idílicos de vida saudável, explorando o máximo potencial dos corpos, criando novos desejos de consumo e regulando a vida a partir da própria consciência.

⁵³ Nesse sentido, vale recordar a crítica do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde que, ao apontar os erros da mobilização política focada em saúde, destaca a necessidade de considerar, ao lado da luta por saúde, os diversos outros elementos sociais e políticos imbricados na produção da vida (CEBES, 2009).

⁵⁴ Ainda partindo de Furtado e Szapiro (2017), reconhecemos que uma sociedade fundada na busca por saúde nos termos da OMS (1948), “estado de completo bem-estar”, é incapaz de compreender as vicissitudes da vida e elaborá-las de modo profundo, abordando-as em todas as suas facetas humanas e políticas, o que produz o rechaço de qualquer elemento que possa ferir este estado de saúde como doença a ser tratada.

as pessoas a responsabilidade por realizar os movimentos de transformação. Essa assertiva possui uma distância significativa da compreensão de protagonismo e envolvimento nas questões relacionadas à própria existência em termos de saúde.

Isso se depreende pela seguinte razão: a capacidade de ação das pessoas e comunidades é limitada. Elas podem, em verdade, tomar parte no processo de autocuidado e no cuidado de outros, desde que - e isso possui uma centralidade importante - as demais condições, externas à sua capacidade de ação, sejam favoráveis a esse exercício. Em termos práticos, a título de exemplo, uma família não pode vencer a subnutrição se não tiver um trabalho digno, se os alimentos forem precificados segundo as necessidades do mercado e não segundo as necessidades humanas, se a oferta de alimentos for regulada pelo interesse do lucro e não pela garantia de condições dignas de alimentação. Não há que se falar, neste caso, em consciência saudável. A família não é capaz de alterar a situação apenas por meio da autogestão.

O protagonismo, ao contrário, consiste na capacidade de reconhecer, compreender, construir, requerer e usufruir dos bens necessários para uma vida digna. Bens esses que, no decurso do tempo, entre lutas, originaram os direitos e foram postos sob a tutela do Estado, o qual, ao passo que tutela e promove estes bens, promove também as condições para o exercício adequado do protagonismo⁵⁵.

O chamado à consciência saudável, à agência de si mesmo, das comunidades e dos determinantes da saúde, unido à compreensão da figura do Estado como um agente incapaz, nos termos de Monterrey⁵⁶, revela não a intenção de promover o protagonismo, mas a de depositar sobre a capacidade ação das pessoas elementos que estão fora do seu controle. Já não há aqui o apelo exclusivo à adoção de estilos de vida saudáveis, que foi substituído por uma intenção de compreensão mais ampla das questões sociais e econômicas que produzem a saúde, mas permanece a tentativa de delegar às pessoas a responsabilidade primordial por seu estado de saúde. Reconhece-se que não são apenas os hábitos de vida que interferem na produção de saúde, mas permanece sobre as pessoas e comunidades a responsabilidade por alterar e controlar os determinantes de sua saúde. Em suma, muda-se o conteúdo da responsabilidade - de riscos

⁵⁵ Ao comentar a noção de autonomia, Pereira (2002, p. 70) apresenta um interessante conceito que também dialoga com a categoria “protagonismo”: “Isso se opõe à noção de autosuficiência do indivíduo perante as instituições coletivas ou, como querem os liberais, à mera ausência de constrangimentos sobre preferências individuais, incluindo no rol desses constrangimentos os direitos sociais que visam protegê-lo”.

⁵⁶ “El Estado se ha demostrado incapaz de garantizar condiciones para la salud, la sostenibilidad y la vida y atender en forma plena y efectiva los crecientes gastos de salud de nuestros pueblos” (Red Ibero-Americana de Universidades Promotoras de la Salud, 2019b, p. 2).

peçoais para controle sobre os determinantes - e o agente - de indivíduos para comunidades, mas mantém-se a delegação de atribuições que excedem a possibilidade efetiva de ação.

Resgatando um debate presente no primeiro capítulo, essa tendência parece confirmar a tese de que a Promoção de Saúde na sua versão socioambiental carrega problemas muito similares aos da sua primeira versão, especialmente a responsabilização e o trato superficial das questões socioeconômicas, mas com novos requintes de mobilização da consciência. As demandas populacionais no que se refere aos direitos de cidadania são absorvidas, mas transformadas em elemento mobilizador, garantindo, por fim, a manutenção do anuviamento sobre as relações causais entre os fatores macrosocioeconômicos e saúde das populações, bem como a continuidade da retração do Estado em termos de políticas públicas (Stotz; Araújo, 2004; Furtado; Szapiro, 2016; Xavier, 2021).

Tendo comentado brevemente os dois primeiros pressupostos, é possível passar ao último deles, a partir do qual, considerando os elementos já descritos, surgem as perguntas que este estudo sugere para pesquisas futuras.

A Universidade, uma vez que adere à estratégia UPS, constitui-se um elemento chave nesse processo de mudança, emprestando à Promoção de Saúde sua autoridade científica e sua capacidade de influência para construir uma nova cultura e consciência saudável dentro e fora do campus: a universidade, enquanto instituição, é chamada a se tornar um instrumento das ideias expostas nos parágrafos anteriores. Isso fica exposto em diversos excertos dos documentos declaratórios da RIUPS, conforme já demonstrado no tópico “Os documentos declaratórios da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde”.

Cabe realizar uma nota a respeito dessa tendência e da sua presença nos achados desta pesquisa. Ao contrário do que é expresso em muitos documentos da RIUPS, a Promoção de Saúde na universidade pública brasileira se encarna não de forma a instrumentalizar a instituição para outras finalidades. A partir da leitura do conteúdo das normativas, é possível visualizar justo o contrário, a Promoção de Saúde como instrumento da Universidade para promoção do cuidado com sua comunidade. É verdade que a compreensão oferecida pelas políticas oferece uma limitação, impedindo a visualização da concretude das ações e das relações políticas estabelecidas na e pela universidade a propósito da Promoção de Saúde. Apesar disso, denota-se com clareza no texto das políticas que a intenção primeira do estabelecimento do cuidado é a acolhida das demandas de saúde surgidas na universidade. Não é possível visualizar nos documentos, portanto, a inclinação de interpretar o projeto de UPS como uma via para inserir as universidades numa dinâmica de transformação social pela perspectiva da saúde.

Apesar da não incorporação explícita deste projeto nas políticas das universidades brasileiras, permanece o projeto geral de UPS ligado àqueles ideais. Resta, dessa forma, compreender de que forma se efetiva a relação entre as universidades e este projeto. Se essa perspectiva não se faz presente nas políticas de atenção direta à comunidade universitária, há alguma outra forma na qual ela se faz presente? As instituições têm consciência dessa influência e fazem frente para reinterpretar e reconduzir o projeto que advém da Promoção de Saúde? Como dialogam as universidades com os editais para captação de recursos lançados pelos organismos internacionais com base nos ODS, cujo fundamento repousa sobre a Promoção de Saúde? Essas perguntas abraçam o projeto de UPS, mas também o excedem, pois buscam compreender o papel das universidades em geral junto ao projeto de Promoção de Saúde.

Não obstante os questionamentos que pairam no ar - na verdade, talvez justo por causa desses questionamentos - é que se visualiza o projeto em construção no Brasil como um possível horizonte fértil para a UPS. Baseados num projeto nacional, que considere nossa história e nossa concepção de saúde enquanto direito, é possível elaborar e fazer dar frutos uma perspectiva brasileira de Promoção de Saúde no seio das universidades. Recordando as contribuições de Lefevre e Lefevre (2004), Carvalho, S. (2013) e Vasconcelos e Schmalzer (2014), construindo o compromisso com a defesa da vida, com a produção de saúde e de sujeitos autônomos, reflexivos e socialmente solidários, tendo em conta a valorização dos movimentos sociais, as práticas de prevenção enraizadas na tessitura da sociedade, considerando a saúde como objeto científico e humano, elegendo uma compreensão humana integral e promovendo diálogo entre intervenções micro - as de cuidado na atenção direta - e macroestruturais - as de articulação política - é possível visualizar um futuro propício para o projeto brasileiro de UPS.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. **A intersectorialidade como estratégia técnica e política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/6865>. Acesso em: 16 mar. 2023.
- ALMEIDA, J. A. S. **A Universidade de Brasília é promotora de saúde?: a percepção dos alunos dos cursos da saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Estudos Sociais e Pedagógicas da Educação Física, Esporte e Lazer) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/31313?locale=en>. Acesso em: 12 set. 2023.
- AMIM, E. F. **Interface entre estilo de vida e promoção à saúde de docentes na visão de uma universidade promotora de saúde**. 2020. Dissertação (Mestrado em Cuidado no Contexto Sociocultural) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=10919365. Acesso em: 16 set. 2023.
- ANDRADE, D.; RIBEIRO, I. J. S.; MÁTÉ, O. Academic burnout among master and doctoral students during the COVID-19 pandemic. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 13, n. 1, 4725, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-31852-w>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-023-31852-w>. Acesso em: 17 jan. 2024.
- ARAÚJO, M. A. D; MACEDO, M. N. O desmonte da educação superior no governo Bolsonaro. *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, 9., 2022, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: SBAO, 2022. Disponível em: <https://sbap.org.br/ebap-2022/358.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.
- ARGENTINA. Ministerio de Salud. **Manual de Universidades Saludables**. Estrategia nacional de prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles. Componente: Promoción de la Salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2012. Disponível em: https://backend.educ.ar/refactor_resource/get-attachment/24507. Acesso em: 08 out. 2022.
- ARROYO, H. V. À guisa de introdução. *In*: CATRIB, A. M. F.; SOUSA, I. C.; LIMA, P. C. (org.). **Promoção da saúde na universidade: desafios e perspectivas**. Fortaleza: EdUECE, 2022. *E-book*. p. 8-22. Disponível em: <https://www.uece.br/eduece/wp-content/uploads/sites/88/2022/04/Promocao-da-saude-na-universidade.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2023.
- ARROYO, H. V. El movimiento de universidades promotoras de la salud. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1-4, out./dez. 2018. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8769>. Acesso em 10 out. 2022
- ARROYO, H. V. Panorama histórico das Universidades Promotoras de Saúde: o caso da América Latina. *In*: MANOCHIO-PINA, M. G.; NASCIMENTO, L. C. G.; BITTAR C, M. L. (org.). **Agir local e pensar global numa universidade promotora de saúde**. Curitiba: Editora CRV. 2019. p. 23-32.
- ARROYO, H. V.; LANDAZABAL, G. D.; PINO, C. G. Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). **IUHPE - Global Health**

Promotion, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 64-68, 2015. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1757975914547548>. Acesso em: 19 mar. 2023.

ARROYO, H. V.; RICE, M. (ed.). **Una Nueva Mirada al Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas**. Porto Rico: OPAS, 2009. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2009-ArroyoRice-MiradaMovimientoUPSenAmericas.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2023.

ASHTON, J. The historical shift of public health. In: TSOUROS, A. D. *et al.* (ed.). **Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action**. Copenhagen: OMS/Europa, 1998. *E-book*. p. 5-10. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108095/9789289012850-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mar. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.234, de 19 de julho de 2010**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil - PNAES. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7234.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. **Eixos da PASS**. Portal do Servidor. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/servidor/pt-br/siass/aceso_informacao/institucional/eixos_pass. Acesso em: 05 fev. 2024

BRASIL. **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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/549956/publicacao/15808140>. Acesso em: 20 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 1). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde - Volume 7). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf. Acesso em: 11 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 12 mai. 2023.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria normativa nº 03, de 07 de maio 2010**. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor -NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal - SIPEC, com o objetivo de definir diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do servidor. Brasília,

DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: <https://legis.sigepe.gov.br/legis/detalhar/7771>. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria Normativa n. 03 de 25 de março de 2013**. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal, que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2013. Disponível em: <https://legis.sigepe.gov.br/legis/detalhar/9279>. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRAVO-VALENZUELA, P. *et al.* Glosario para universidades promotoras de la salud. **Revista de Salud Pública**, [s. l.], v. 3, n. 15, p. 393-405, maio/jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n3/v15n3a15.pdf>. Acesso em: 08 out. 2022.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE SALUD PÚBLICA: SABERES EN EPIDEMIOLOGIA EM EL SIGLO XXI, 8., 2013, Bogotá. **Anais [...]**. [Medellín: s. n., 2013]. p. 1-45. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/159773438.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2023

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, n. 6, ano 2, p. 50-63, 2002. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/revista_saude_familia6.pdf. Acesso em: 19 mar. 2024.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 dez. 2022.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M (org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 19-42.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção Primária e Promoção da Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 12 mar. 2023.

CAMARGO JÚNIOR, E. B. *et al.* Depression and Substance Use Among Brazilian University Students During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Psychoactive Drugs**, [s. l.], p. 1-10, ago. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37551709/>. Acesso em: 17 jan. 2024.

CAMELO, J. S. S. **Empreendedorismo social na promoção da saúde: uma nova ferramenta de regulação? A experiência do projeto maloca da cidadania, no bairro pantanal em Duque de Caxias - RJ**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/50805>. Acesso em: 09 dez. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Prefácio. *In*: CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 13-16

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 745-749, jul./set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025. Acesso em: 02 abr. 2023.

CANADÁ. Minister of National Health and Welfare. **A new perspective on the health of Canadians: A working document**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2130.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CANADÁ. Minister of National Health and Welfare. **Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1986. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/achieving-health-framework-health-promotion.html>. Acesso em: 22 mar. 2023.

CARLEIAL, L. M. F. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 29, n. 85, p. 201-214, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/DvpPCb3h3xmWLNzLRgXGcJB/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 19 jan. 2024.

CARTA de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior. Edmonton, 2005. Disponível em: <https://www.uca.edu.ni/wp-content/uploads/2021/04/carta-de-edmonton-universidades-promotoras-de-salud-2005.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2023

CARTA de Okanagan una carta internacional para la Promoción de la Salud en Universidades e Instituciones de Educación Superior. *In*: CONFERENCIA INTERNACIONAL DE 2015 PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN UNIVERSIDADES E INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR; CONGRESO INTERNACIONAL, KELOWNA, 7., 2015. Disponível em: <https://open.library.ubc.ca/media/stream/pdf/53926/1.0428838/5>. Acesso em: 27 jun. 2023

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis — saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>. Acesso em: 13 abr. 2023.

CARVALHO, A. I.; WESTPHAL, M. F.; LIMA, V. L. G. P. Health promotion in Brazil. **Promotion & Education**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 7-12, mar. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140010201x>. Acesso em: 01 nov. 2022.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, set. 2004a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YSfK7rjp8Jdjd6fhVQnSzcp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 08 dez. 2022.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, ago. 2004b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000400024>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: Hucitec, 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Proposições sobre Determinantes Sociais elaboradas pela diretoria do CEBES para o 1o Simpósio de Políticas e Saúde (UFF). *In: SIMPÓSIO DE POLÍTICAS E SAÚDE*, 1., 2009, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. p. 1 - 9. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/DETERMINANTES_SOCIAIS3.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ. **Universidade Promotora de Saúde: ações no campus universitário e na comunidade.** Maringá, 2018. Disponível em: <https://www.unicesumar.edu.br/presencial/projetos-de-extensao-mestrado/promocao-da-saude/universidade-promotora-de-saude-acoes-no-campus-universitario-e-na-comunidade/>. Acesso em: 02 out. 2023.

CHAPELA, M. Promoción de la salud: un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. *In: JARILLO, E., GUINSBERG, E. Temas y Desafíos en Salud Colectiva.* Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007. p 347-373.

CHAVES, V. L. J.; ARAÚJO, R. S. A ofensiva neoconservadora contra as Universidades Federais no Brasil. **Revista Internacional de Educação Superior**, Campinas, v. 8, e022045, 2022. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/riesup/v8/2446-9424-riesup-8-e022045.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

CHAUÍ, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, [S.L.], n. 24, p. 5-15, dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/n5nc4mHY9N9vQpn4tM5hXzj>. Acesso em: 10 jan. 2024.

COLLAZOS, N. E.; CORREA, C. A. R. La universidad como promotora de salud. *In: GONZÁLES, C. E.; ROJAS, A. N. (org.). Universidad saludable: una estrategia interdisciplinaria para la construcción de un entorno saludable.* Cali: Universidad Santiago de Cali, 2018. p. 25-46.

COMISSÃO apresenta plano de implementação da política de saúde mental na UFSC. **Notícias da UFSC**, Florianópolis, 31 jul. 2023. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2023/07/comissao-apresenta-plano-de-implementacao-da-politica-de-saude-mental-na-ufsc/>. Acesso em: 05 fev. 2024.

CORREIA, M. V. C.; MEDEIROS, S. M. A. As bases da Promoção da Saúde nas Conferências Internacionais e a Reforma Sanitária Brasileira: concepção do processo saúde e doença em questão. *In: Vasconcelos, K. E. L.; COSTA, M. D. H. (org.). Por uma crítica da Promoção da Saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS.* Hucitec, São Paulo, 2014. p. 111-158.

COSTA, M. D. H. A intrínseca relação entre intersetorialidade e Promoção de Saúde. *In: VASCONCELOS, K. E. L.; COSTA, M. D. H. (org.). Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS.* Hucitec, São Paulo, 2014. p. 159-246.

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.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAL FORNO, C.; FINGER, I. R. Qualidade de vida no trabalho: conceito, histórico e relevância para a gestão de pessoas. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 7, n. 2, p. 103-112, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/3015/2089>. Acesso em: 12 jan. 2024.

DAMASCENO, D. L. **A promoção da saúde no ensino superior e o movimento de universidades promotoras de saúde**. 2023. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Qualidade de Vida na Universidade) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/37193>. Acesso em: 28 set. 2023.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DOORIS, M. *et al.* The settings-based approach to health promotion. *In*: TSOUROS, A. D. *et al.* (ed.). **Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action**. Copenhagen: OMS/Europa, 1998. *E-book*. p. 21-30. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108095/9789289012850-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mar. 2023.

EQUADOR. Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación. **Senescyt impulsa reactivación de la Red Ecuatoriana de Universidades promotoras de Salud y Bienestar**. Quito, [2023]. Disponível em: <https://www.educacionsuperior.gob.ec/senescyt-impulsa-reactivacion-de-la-red-ecuatoriana-de-universidades-promotoras-de-salud-y-bienestar/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

ESPÍNDOLA, B. C. **Estilo de vida de graduandos de enfermagem: ações para ambientes universitários saudáveis**. 2020. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/14180>. Acesso em: 20 set. 2023.

EVENTO na FS lança Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde. **UnB Notícias**, Brasília, DF, 25 abr. 2018. Disponível em: <https://noticias.unb.br/117-pesquisa/2220-evento-lanca-rede-brasileira-de-universidades-promotoras-de-saude>. Acesso em: 15 set. 2023.

FERREIRA, L. C. *et al.* Mental health and illness of medical students and newly graduated doctors during the pandemic of SARS-Cov-2/COVID-19. **PLoS One.**, [s. l.], v. 16, n. 5, p. 1-10, maio 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34003858/>. Acesso em: 17 jan. 2024.

FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitarista, humanista! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3553-3559, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DGbtbf9YPGkPHcYJdhm8Gqk/#>. Acesso em: 19 mar. 2024.

FOWLER, T. UNASP ingressa à Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras da Saúde. **Acontece no UNASP**, São Paulo, 06 DEZ. 2022. Disponível em: <https://unasp.br/noticias/unasp-ingressa-a-rede-ibero-americana-de-universidades-promotoras-da-saude/>. Acesso em: 02 out. 2023.

FRAZÃO, P.; MINAKAWA, M. M. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 407-430, 19 mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00123>. Acesso em: 20 jan. 2024.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. O lugar do sofrimento no discurso da medicina biotecnológica contemporânea. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 93–104, 2017. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/5387>. Acesso em: 5 fev. 2024.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Política nacional de promoção da saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-289, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016149175>. Acesso em: 21 mar. 2023.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 811-821, dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902012000400002>. Acesso em: 21 mar. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Equidade em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 49/50, p. 13-22, dez. 1996/mar. 1996. Disponível em: <https://docvirt.com/docreader.net/SaudeDebate/1489>. Acesso em: 20 mar. 2023

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

HAARTMAN, J. B.; ANDRADE, G. R.; YAMAGUCHI, M. U. Universidades Promotoras de Saúde (UPS) - breve mapeamento do cenário brasileiro atual. *In*: ENCONTRO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA, 11., 2019, Maringá. **Anais [...]**. Maringá: Unicesumar, 2019. p. 1-4. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/3822/1/JANE%20BISCAIA%20HARTMANN.pdf>. Acesso em: 02 out. 2023.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção de Saúde: trajetória histórica das suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>. Acesso em: 22 mar. 2023.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE. **Resolução n. 16/2014/CONSUP**. Aprova a Política e o Programa de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte. Natal: IFRN, 2014. Disponível em: https://portal.ifrn.edu.br/documents/3470/16_-_Aprova_Politica_e_Programa_de_Promocao_a_Saude_e_Qualidade_de_Vida_no_Tra_XGd_aviD.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS GERAIS. **Normativa de criação e regulamentação das comissões de saúde, qualidade de vida, segurança e prevenção de riscos ocupacionais do IFSULDEMINAS**. Pouso Alegre: IFSULDEMINAS, 2020. Disponível em: https://portal.ifsuldeminas.edu.br/images/PDFs/Conselho_Superior_/Pauta_Consup_15.12.2020/8.2_Regulamento_CSSQVT.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

LABONTE, R. Health promotion and the common good: towards a politics of practice. **Critical Public Health**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 107-129, jun. 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09581599808402899>. Acesso em: 01 abr. 2023.

LABONTE, R. Health Promotion in Recent Context. *In*: LABONTE, R. **Health Promotion and Empowerment: frameworks for practice**. Toronto: University of Toronto, 1993. p. 3-15. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/246362374_Health_Promotion_and_Empowerment_Practice_Frameworks. Acesso em: 10 abr. 2023.

LAFRAMBOISE, H. L. Health Policy: Breaking the problem down in more manageable segments. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 108, n. 3, p. 388-393, fev. 1973. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/>. Acesso em: 13 abr. 2023.

LAMPERT, E. O desmonte da universidade pública: a interface de uma ideologia. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 1-30, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1342>. Acesso em: 23 jan. 2024.

LANGE, I.; VIO, F. **Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior**. Santiago: Productora Gráfica Andros Limitadas, 2006. Disponível em: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2006_Lange_Guia_Universidades_Saludables.pdf. Acesso em: 05 out. 2022.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1977.

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

LIMA, K. R. S. Expansão e reestruturação das universidades federais e intensificação do trabalho docente: o Programa REUNI. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 16, p. 441-452, 2013. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/1397>. Acesso em: 19 jan. 2024.

LOPES, A. M. P. **Saúde no processo de democratização brasileiro: promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos da saúde**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/99401>. Acesso em: 08 dez. 2022.

LUCENA, C. M. F. **Dicotomias conceituais: análise sobre a concepção de promoção da saúde utilizada no Programa Saúde na Escola e na Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7776/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2022.

LUSA, M. G. *et al.* A Universidade pública em tempos de ajustes neoliberais e desmonte de direitos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 536-547, set. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BLdLLDvkvxvHRGWNpkMJPbc/>. Acesso em: 21 jan. 2024.

MANCEBO, D. Reforma universitária: reflexões sobre a privatização e a mercantilização do conhecimento. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 845-866, out. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/ybWDVNDW9Y7BBnDhCPmCN3b/>. Acesso em: 23 jan. 2024

MANOCHIO-PINA, M. G.; FIGUEIREDO, G. L. A.; MARTINS, C. H. G. A UNIFRAN enquanto Universidade Promotora da Saúde. *In*: MANOCHIO-PINA, M. G.; NASCIMENTO, L. C. G.; BITTAR, C, M. L (org.). **Agir local e pensar global numa universidade promotora de saúde**. Curitiba: Editora CRV. 2019.p. 19-22.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, abr. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100002>. Acesso em: 01 fev. 2023.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, fev. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMmZh65KfmrcWkDrp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2024.

MARTÍNEZ-RIERA, J. R. *et al.* La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018. **Gaceta Sanitaria**, [s. l.], v. 32, Supp. 1, p. 86-91, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>. Acesso em: 10 mar. 2023.

MARTINS, C. H. B. *et al.* Da Rio-92 à Rio+20: avanços e retrocessos da Agenda 21 no Brasil. **Indicadores Econômicos FEE**, Porto Alegre, v. 42, n.3, p. 97-108, 2015. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/viewFile/3455/3529>. Acesso em: 12 jan. 2024.

MATTIONI, F. C. **Pelas lentes de Michel Foucault**: reflexões sobre as práticas de promoção da saúde na atenção primária. 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/236366>. Acesso em: 08 dez. 2022.

MINAS GERAIS. **Lei nº 22570, de 05/07/2017**. Dispõe sobre as políticas de democratização do acesso e de promoção de condições de permanência dos estudantes nas instituições de ensino superior mantidas pelo Estado. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa de Minas Gerais, 2017. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/legislacao-mineira/LEI/22570/2017/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acesso em: 18 abr. 2023.

MITJAVILLA, M. R.; JESUS, C. S. Globalização, modernidade e individualização social. **Katálysis**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6921>. Acesso em: 02 jan. 2023.

MOTA, S. T. **Usos e desusos da noção de vulnerabilidade na saúde pública no Brasil**. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21771>. Acesso em: 10 dez. 2022.

MUÑOZ, M.; CABIESES, B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 2, n. 24, p. 139-146, 2008. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n2/139-146/es>. Acesso em: 22 set. 2022.

MURGUÍA, A.; ORDORIKA, T.; LENDO, L. F. El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Manguinhos, v. 23, n. 3, p. 635-651, 6 maio, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mmjxvHYG DNwTnPVLhbtGT5z/?lang=es>. Acesso em: 20 jan. 2024.

NASSAR, Letícia. **UFES integra Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras da Saúde**. Vitória, 2018. Disponível em: <https://www.ufes.br/conteudo/ufes-integra-rede-iberoamericana-de-universidades-promotoras-da-sa%C3%BAde>. Acesso em: 02 out. 2023.

OLIVEIRA LOPES, I. **O discurso da comissão dos determinantes sociais da saúde: avanço político ou mudança retórica?** Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-27042018-112616/pt-br.php>. Acesso em: 09 dez. 2022.

OLIVEIRA, C. S. **A Universidade Promotora da Saúde: uma revisão de literatura**. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/23569>. Acesso em: 25 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946**. Genebra, 1946. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Adelaide sobre saúde em todas as políticas**. Adelaide, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_adelaide.pdf. Acesso em: 09 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Helsinque sobre saúde em todas as políticas**. Helsinque, 2013. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/363107/mod_folder/content/0/HELSINQUE.pdf?forcedownload=1. Acesso em: 09 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Sundsvall: Terceira Conferência Internacional de Promoção de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Declarações e cartas da Promoção da Saúde em português**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Santa Fé de Bogotá: Conferência Regional de Promoção de Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde (org.). **Declarações e cartas da Promoção da Saúde em português**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoesecarta_portugues.pdf. Acesso em: 10 mar. 2023.

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, jun. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRJtSgSdw7y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2024.

PAIM, J.S. Movimentos no campo social da saúde. *In*: PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006a. *E-book*. p. 117-138. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ptky6>. Acesso em: 05 set. 2023.

PAIM, J.S. Nova saúde pública ou saúde coletiva? *In*: PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006b. *E-book*. p. 139-153. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ptky6>. Acesso em: 05 set. 2023.

PARADIGMA. *In*: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/paradigma/>. Acesso em: 10 nov. 2023.

PAULA, A. S. N. O desmonte da universidade: o REUNI como política de estado no PNE (2014-2024). **Em Debate**, Florianópolis, n. 11, p. 132-144, 17 set. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emdebate/article/view/1980-3532.2014n11p132>. Acesso em: 20 jan. 2024.

PEREIRA, C. P. Sobre o arcabouço teórico ou pano de fundo explicativo. *In*: PEREIRA, C. P. **Proteção social no capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes**. São Paulo: Cortez, 2016, p.35-89.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2002.

PERES, T. H. A. Comunidade Solidária: A proposta de um outro modelo para as políticas sociais. **Civitas – Revista de Ciências Sociais**, Porto Alegre, v. 5. n. 1, jan.-jun. 2005, p. 109-126. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/download/37/1609/>. Acesso em: 11 jan. 2024.

PERU. Ministerio de Salud. **Documento técnico: promoviendo universidades saludables**. Lima: Ministerio de Salud, 2010. Disponível em: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1194_PROM49.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

POLEJACK, L. *et al.* A Universidade de Brasília promotora de saúde no contexto da pandemia de COVID-19. *In*: MURTA, S. G *et al.* (org.). **Promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde: diálogos de Norte a Sul**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. p. 273-317. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Promocao-da-Saude-e-Prevencao-de-Agravos-a-Saude-dialogos-de-Norte-a-Sul.pdf>. Acesso em 26 set. 2023.

RAMIRO, A. **Estratégias de governamentalidade no âmbito da promoção da saúde: o controle do peso corporal como estilo de vida saudável.** 2009. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/17390>. Acesso em: 08 dez. 2022.

RED ESPAÑOLA DE UNIVERSIDADES SALUDABLES. **Principios, objetivos y estructura de la red.** Murcia, 2008. Disponível em: https://www.um.es/documents/4856678/4856958/2008_principios-objetivos-y-estructura-de-la-REUS.pdf/6f194b50-0001-4069-8ffd-6f60a19e3e1e. Acesso em: 18 mar. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD (RIUPS). **Boletines y documentos RIUPS.** [S. l.], 2019a. Disponível em: <https://riupsestudiantes.wixsite.com/comision/boletines>. Acesso em: 29 set. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Ciudad Juárez - Acta Constitutiva de la Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud. *In*: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 3., 2007, Ciudad Juárez. Ciudad Juárez: [s. n.], 2007. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2007-ActaConstitutivaRIUPS.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2022

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Pamplona. *In*: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 4., 2009, Pamplona. Pamplona: [s. n.], 2009. Disponível em: www.um.es_documents_4856678_4856958_Declaracion_de_Pamplona.pdf_6d9c720a-332d-4247-b462-ad52cb388f4e (1). Acesso em: 04 out. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Costa Rica. *In*: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 5., 2011, San Jose, 2011. San Jose: [s. n.], 2011. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2011-DeclaracionCostaRica.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Puerto Rico - Diez para la década en el Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. *In*: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 6., 2013, San Juan. San Juan: RIUPS, 2013. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/UPS-03-Declaracion-Puerto-Rico-VI-congreso-2013.pdf>

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Alicante sobre la Promoción de la Salud y Universidad: Construyendo Entornos Sociales y Educativos Saludables. *In*: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 8., 2017, Alicante. Alicante: Universidade de Alicante, 2017. Disponível em: <https://www.um.es/documents/4856678/5231793/DeclaracionAlicante2017.pdf/598e0885-0ffa-48c8-a3da-3963d5c8798f#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Alicante%20articula,%2C%20integral%2C%20integrada%20e%20integradora>. Acesso em: 25 abr. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Monterrey: Concertación política, social y universitaria por la salud y la equidad. In: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 19., 2019, Monterrey. Monterrey: [s. n.], 2019b. Disponível em: <https://cipsesoms.files.wordpress.com/2020/07/declaracic3b3n-del-ix-congreso-riups-monterrey-mc3a9xico-2019.pdf>. Acesso em: 28 out. 2022.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. Declaración de Coimbra: Educación Superior, Promoción de la Salud y Desarrollo Sostenible. In: CONGRESSO DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD, 10., 2022, Coimbra. Coimbra: RIUPS; Instituto Politécnico de Coimbra; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2022b. Disponível em: https://0721103b-dc8c-410d-9d23-7ae50be9a550.filesusr.com/ugd/9386fc_08395284193144749325d1823c330504.pdf?fbclid=IwAR2AQGzK1FwQr9wVrj3VCYTMVuKHZViQWbhr7PNPXPJPbMQZOiI8Rw7Q8mU. Acesso em: 18 set. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. **X Congresso Ibero-americano de Universidades Promotoras de Saúde**. Coimbra, 2022a. Disponível em: <https://riupSCOimbra2022.organideia.pt/wp/>. Acesso em: 29 set. 2023.

RED IBERO-AMERICANA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE LA SALUD. **Contactos**. [S. l. 2023]. Disponível em: <https://riupsestudiantes.wixsite.com/comision/contacto>. Acesso em: 19 out. 2023.

REDE BRASILEIRA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE. **Contatos REBRAUPS por região**. Brasília, DF, 2023.

REDE BRASILEIRA DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SAÚDE. **Regimento Interno da REBRAUPS**. Brasília, DF, ago. 2022.

REIS, L. F. **Dívida pública, política econômica e financiamento das universidades federais nos governos Lula e Dilma (2003-2014)**. 2015. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.btd.uerj.br:8443/bitstream/1/14796/1/Tese_Luiz%20Fernando%20Reis.pdf. Acesso em: 17 jan. 2024.

RESTREPO, H. E. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. In: RESTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001. p. 15-23. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3296>. Acesso em: 5 abr. 2023.

RESTREPO-MEDINA, M. A. La administración pública en la constitución de 1991: sincretismo involuntario entre la burocracia, el gerencialismo y la gobernanza. **Estudios Socio-Jurídicos**, Bogotá, v. 13, n. 1, p. 365-388, 2011. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/1512>. Acesso em: 25 nov. 2023.

RIBEIRO, L. S. *et al.* Efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental de uma comunidade acadêmica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE03423, p. 1-10, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/MK9sk5bjx8BqFNsFqMpXs5z/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2024.

RICHTER, A. C. **Biopolítica e governamentalidade na infância: uma leitura das políticas educacionais contemporâneas**. 2013. Tese (Doutorado em Educação, Cultura e Tecnologia) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/30345>. Acesso em 09 dez. 2022.

RISSEL, C. Empowerment: the holy grail of health promotion? **Health Promotion International**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 39-47, 1994. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>. Acesso em: 01 abr. 2023.

ROCHA, V. X. M.; AKERMAN, M. Algumas tendências no debate da determinação social da saúde: para recuperar contribuições do pensamento latino-americano e anglo-saxão. *In*: MELO, E. M. de *et al.* (org.). **Promoção de saúde: autonomia e mudança**. Belo Horizonte: Editora Folium, 2016. p. 17-36. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência - Volume I). Disponível em: <https://ftp.medicina.ufmg.br/nucleopromocaodesaudepaz/arquivos/Promo%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sa%C3%BAde.%20Autonomia%20e%20Mudan%C3%A7a.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2024.

SANCHÉZ-ORDÓÑEZ, J. M.; GIMENO-NAVARRO, M. Á. G. Healthy Universities: concepts, dimensions and approaches for the construction of healthy university environments. **Hacia la Promoción de la Salud**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 234-250, jan. 2022. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v27n1/0121-7577-hpsal-27-01-234.pdf>. Acesso em: 07 out. 2022.

SANTIAGO, A. S. **A Universidade Federal Fluminense promotora da saúde: um processo transformador**. 2022. Tese (Doutorado em O cuidado em seu contexto sociocultural) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2022. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/26249>. Acesso em: 25 set. 2023.

SANTIAGO, A. S. *et al.* A Universidade Federal Fluminense na Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras da Saúde: um relato de experiência. **Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 36, p. 234-240, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.234-240>. Acesso em: 02 set. 2022.

SANTOS, G. M. R. F.; SILVA, M. E.; BELMONTE, B. R. COVID-19: ensino remoto emergencial e saúde mental de docentes universitários. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, supl. 1, S245-S251, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/b3TVbVHcCZRxkVZPF6PHF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SCHNEIDER, D. R. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da Prevenção e da Promoção de Saúde. *In*: MURTA, S. G. *et al.* (org). **Promoção e prevenção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 34-53.

SERRALTA, F. B.; ZIBETTI, M. R.; EVANS C. Psychological Distress of University Workers during COVID-19 Pandemic in Brazil. **International Journal Environmental**

Research and Public Health, [s. l.], v. 17, n. 22, 8520. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8520>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SILVA NETO, S. A. e. O que é um paradigma? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 45, n. 2, p. 345-354, out. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2011v45n2p345/22356>. Acesso em: 30 ago. 2023.

SILVA, M. T. **A política de saúde e a promoção: algumas repercussões em Niterói/RJ**. 2012. Dissertação (Mestrado em Política Social e Trabalho) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.btd.uerj.br/handle/1/16016>. Acesso em 20 mar. 2023.

SILVA, R. R. *et al.* Prevalence of fear of COVID-19, depression, and anxiety among undergraduate students during remote classes. **Acta neuropsychiatrica**, [s. l.], v. 35, n. 5, p. 303–313, out. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/neu.2023.4>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SOUZA, E. A.; PEDON, N. R. Território e Identidade. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros - Seção Três Lagoas**, Três Lagoas, v. 1, n. 6, p. 126-148, nov. 2007.

SOUZA, N. V. **Responsabilidade Social Corporativa e Transnacionalização: Uma leitura crítica do Pacto Global das Nações Unidas no Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/20306/20306_4.PDF. Acesso em: 20 nov. 2023.

STAKEHOLDERS. *In*: CAMBRIDGE Dictionary. Cambridge: Cambridge University Press & Assessment, 2023. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/pt/>. Acesso em: 21 nov. 2023.

STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HWVzHHtPtqpyw9WHsnYT9yC/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 dez. 2022.

SZAPIRO, A. M. Em Tempos de Pós-Modernidade: Vivendo a Vida Saudável e Sem Paixões. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 25–37, 2005. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/11154>. Acesso em: 5 fev. 2024.

TSOUROS, A. D. *et al.* (ed.). **Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action**. Copenhagen: OMS/Europa, 1998. p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108095/9789289012850-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mar. 2023.

TSOUROS, A. D. From the healthy city to the healthy university: project development and networking. *In*: TSOUROS, A. D. *et al.* (ed.). **Health Promoting Universities: concept, experience and framework for action**. Copenhagen: OMS/Europa, 1998. p. 11-20. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108095/9789289012850-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 mar. 2023.

UFPE divulga campanha sobre rede de universidades promotoras da saúde. **Agência de Notícias UFPE**. Recife, 2023. Disponível em: https://www.ufpe.br/agencia/noticias/-/asset_publisher/dlhi8nsrz4hK/content/ufpe-divulga-campanha-sobre-rede-de-universidades-promotoras-da-saude/40615. Acesso em: 12 jan. 2024.

UFSC integra rede ibero-americana de universidades promotoras da saúde. **Notícias da UFSC**, Florianópolis, 11 maio 2018. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2018/05/ufsc-integra-rede-ibero-americana-de-universidades-promotoras-da-saude/>. Acesso em: 12 nov. 2022.

UFSC regulamenta política permanente de saúde mental. **Notícias da UFSC**, Florianópolis, 10 maio 2022. Disponível em: <https://noticias.ufsc.br/2022/05/ufsc-regulamenta-politica-permanente-de-saude-mental/>. Acesso em: 05 dez. 2022.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Ato do Decanato de Assuntos Comunitários n. 04/2021**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: http://dasu.unb.br/images/Institucional/SEI_UnB_-_6253625_-_Ato.pdf. Acesso em: 12 jan 2024.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Resolução CONUN/UEMG Nº 523, de 11 de novembro de 2021**. Dispõe sobre a regulamentação, a estruturação e a implementação dos Núcleos de Apoio ao Estudante - NAEs na Reitoria e nas Unidades Acadêmicas da Universidade do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Belo Horizonte: UEMG, 2021. Disponível em: <https://uemg.br/resolucoes-conun/8231-resolucao-conun-uemg-n-523-de-11-de-novembro-de-2021-dispoe-sobre-a-regulamentacao-a-estruturacao-e-a-implementacao-dos-nucleos-de-apoio-ao-estudante-naes-na-reitoria-e-nas-unidades-academicas-da-universidade-do-estado-de-minas-gerais-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Uerj recebe certificado de adesão à Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras da Saúde**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.uerj.br/noticia/uerj-recebe-certificado-de-adesao-a-rede-ibero-americana-de-universidades-promotoras-da-saude/>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE GOIÁS. **Resolução CsU nº 1098, de 17 de maio de 2023**. Institui a Política de Assuntos Estudantis da Universidade Estadual de Goiás e dá outras providências. Anápolis: UEG, 2023. Disponível em: https://www.ueg.br/legislacao/aditivo/consulta_tipo_doc_legislacao/?aplicativo=consulta_tipo_doc_legislacao&funcao=montar&variavel=48467. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA. **Resolução nº 16, de 31 de agosto de 2022**. Institui a Política de Assistência Estudantil no âmbito da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Foz do Iguaçu: UNILA, 2022. Disponível em: https://portal.unila.edu.br_prae_arquivos_resolucaoordm162022consunpoliticadeassistencia.pdf - 27-05-2023. Acesso em: 15 dez. 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Planejamento estratégico 2022-2024 - Centro de Ciências da Saúde**. João Pessoa, 2022. Disponível em: <https://www.ccs.ufpb.br/ccs/contents/documentos/documentos/2PlanejamentoEstrategicoCCS20222024versaoajustadaREVISADOv2.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Resolução n. 38/2021**. Aprova o Regulamento do Núcleo Universitário de Bem-Estar – NUBE, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da UFPB. João Pessoa: UFPB, 2021. Disponível em:

https://www.ufpb.br_nube_contents_menu_documentos_res-_consepe_38-2021.pdf_view. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **UFPB solicita ingresso na Rede Ibero-Americana de Universidades Promotoras de Saúde**. João Pessoa, 2018. Disponível em: <http://www.ufpb.br/antigo/content/ufpb-solicita-ingresso-na-rede-ibero-americana-de-universidades-promotoras-de-sa%C3%BAde>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO. **UFCAT obtém credenciamento à rede ‘Universidade promotora de saúde’**. Catalão, abr. 2021. Disponível em: <https://catalao.ufg.br/n/140567-ufcat-obtem-credenciamento-a-rede-universidade-promotora-de-saude>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **UFG integra Rede de Universidades Promotoras da Saúde**. Goiânia, 27 abr. 2018. Disponível em: <https://ufg.br/n/105877-ufg-integra-rede-de-universidades-promotoras-da-saude>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ. **REBRAUPS/UFJ**. Jataí, [2023]. Disponível em: <https://coec.jatai.ufg.br/p/44590-rebraups-ufj>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Resolução nº 386-CD/UFMS, de 4 de maio de 2023**. Aprova o Programa "Se Cuide, Te Amo" da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande: UFMS, 2023. Disponível em: <https://boletimoficial.ufms.br/bse/publicacao?id=488125>. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **UFMS é afiliada à Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras da Saúde**. Campo Grande, 2018. Disponível em: <https://www.ufms.br/ufms-e-afiliada-rede-iberoamericana-de-universidades-promotoras-da-saude/>. Acesso em: 02 out. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Professoras da Escola representam UFMG em encontro da Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/index.php/noticias/979-professoras-da-escola-representam-ufmg-em-encontro-da-rede-brasileira-de-universidades-promotoras-da-saude>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Resolução n. 07/2021/CONSAD**. Institui a Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho do Servidor na Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Recife: UFPE, 2021a. Disponível em: https://www.ufpe.br_documents_398575_3480257_Res_2021_07_CONSAD_politica_de_promoo_a_saude_e_qualidade_de_vida.pdf_88384235-46e0-4bb5-ad37-de74b42fec22. Acesso em: 06 dez. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. **Universidade Promotora de Saúde**. Vitória de Santo Antão, 2021b. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/40691/3866544/Ebook+UPS+05.pdf/ef73678a-3ebc-4e7e-9dbe-75a1596cb31d>. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA. **Rede Iberoamericana de Universidades Promotoras de Saúde certifica afiliação da UNIR.** Porto Velho, 2018. Disponível em: <https://www.unir.br/noticia/exibir/5916>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **O que é o Acolhe UFSC?** Florianópolis, [2022]. Disponível em: <https://acolheufsc.ufsc.br/o-que-e-o-acolheufsc-2/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **UFSM passa a integrar a Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde.** Santa Maria, 2018. Disponível em: <https://www.ufsm.br/2018/06/19/ufsm-passa-a-integrar-a-rede-brasileira-de-universidades-promotoras-da-saude>. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA. **Resolução CONSUNI n. 42/2023.** Dispõe sobre a instituição da Política de Qualidade de Vida no Trabalho no âmbito da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Boletim de serviço ano IV – nº 52. Parnaíba: UFDPar, 2023. Disponível em: https://ufdpar.edu.br/ufdpar/noticias-1/ufdpar-institui-politica-de-promocao-a-saude-e-qualidade-de-vida-no-trabalho/52boletim23032023_ufdpar_docx.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Complexo Hospitalar e da Saúde. **Relatório anual de ações: 2019-2023.** Rio de Janeiro: Complexo Hospitalar e da Saúde, 2022. Disponível em: <https://ch.ufrj.br/images/documentos/RELATRIO-DE-AES-do-CHS-verso-final-23-02-2022.pdf>. Acesso em: 02 out. 2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA. **Relatório de Gestão PROSIS.** Itabuna, 2018. Disponível em: https://ufsb.edu.br/proaf/images/arquivos/5._Relato%CC%81rio_de_Gesta%CC%83o_2018_-_PROSIS_1.pdf. Acesso em: 02 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Resolução nº 94, de 05 de setembro de 2023 – CONSUNI/UFT.** Dispõe sobre a Política de Qualidade de Vida no Trabalho da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas: UFT, 2023. Disponível em: <https://docs.uft.edu.br/share/s/uFYIyXXLSlSh8ubm5zNrYQ>. Acesso em: 15 jan. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DA AMAZÔNIA. **Política de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho do Servidor da UFRA.** Belém: UFRA, 2020. Disponível em: https://progep.ufra.edu.br/images/conteudo/DSQV/publicacoes/Politica_de_Sa%C3%BAde_e_Qualidade_de_Vida_no_Trabalho_Vers%C3%A3o_vers%C3%A3o_fi nal.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO. **Metodista passa a integrar Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde.** São Paulo, 2018. Disponível em: <https://metodista.br/noticias-antiores/2018/maio/metodista-passa-a-integrar-rede-ibero-americana-de-universidades-promotoras-de-saude>. Acesso em: 02 out. 2023.

VALLE, K. F.; LEITE, J. L. Contrarreforma do Estado e gerencialismo: novo fetiche, velha proposta. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 131, p. 109-129, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.133>. Acesso em: 22 nov. 2023.

VASCONCELOS, K. E. L. **Promoção da Saúde e Serviço Social: uma análise do debate profissional.** 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de

Pernambuco. Recife, 2013. Disponível em:

<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11486>. Acesso em 01 nov. 2022.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. (Nova) promoção da saúde: configurações no debate do Serviço Social. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 129–146, 2015. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/4951>. Acesso em 08 dez. 2022.

VASCONCELOS, K. E. L.; SCHMALLER, V. P. V. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. *In*: Vasconcelos, K. E. L.; COSTA, M. D. H.(org.). **Por uma crítica da Promoção da Saúde**: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 47-110.

VIEIRA, J. A. O financiamento das universidades brasileiras e a sua relação com os organismos multilaterais. **Revista Instrumento**, Juiz de Fora, v. 3, p. 85-94, 2001. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/revistainstrumento/article/view/18812/9919>. Acesso em: 18 jan. 2024.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 681-718.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Health Promotion Glossary**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>. Acesso em: 29 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Promotion Glossary**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>. Acesso em: 18 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy Cities**: effective approach to a rapidly changing world. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004825>. Acesso em: 10 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/EUROPE. **Targets for Health for All**: targets in support of the European regional strategy for health for all. Copenhagen: OMS/Europa, 1985. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325996>. Acesso em: 23 maio 2023.

XAVIER, A. B. **Política nacional de promoção da saúde e social-liberalismo**: contradições e confluências conceituais, ideológicas e políticas. 2018. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2018. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3580>. Acesso em: 08 dez. 2022.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada para gestores de saúde nas universidades

- 1) Como se deu a adesão da instituição à estratégia Universidades Promotoras de Saúde? *(informações centrais: ano e circunstância da aproximação com a estratégia, processo de credenciamento, principais atores envolvidos na adesão)*
- 2) Por que a instituição considerou relevante a adesão à estratégia? *(informações centrais: compreender quais os ganhos que a instituição identifica em ser uma UPS)*
- 3) Que mudanças institucionais ocorreram desde então? *(informações centrais: compreender como a inserção do paradigma da Promoção de Saúde foi inserido nas dinâmicas de ensino, pesquisa, extensão e gestão e, especialmente, como ocorreu o desenvolvimento de uma política institucional de saúde, conforme preveem os teóricos do tema)*
- 4) Como a Promoção de Saúde se relaciona com a missão institucional da Universidade? *(compreender como a gestão visualiza a relação entre a Promoção de Saúde e a razão de ser da universidade)*
- 5) A partir da adesão desta instituição, outras instituições manifestaram interesse na estratégia? Como está o desenvolvimento da UPS nessa região? *(compreender de que forma a UPS alcançou e se desenvolveu naquela região do país)*
- 6) As instituições que aderiram à UPS realizam trocas permanentes? *(compreender o andamento da articulação regional da REBRAUPS)*
- 7) De que forma ocorre o diálogo entre a instituição e a RIUPS? A RIUPS acompanha os trabalhos realizados a partir da estratégia UPS no Brasil? *(compreender como se dá a relação entre a RIUPS e a REBRAUPS)*
- 8) Quais são as perspectivas e os objetivos para o desenvolvimento da estratégia nos próximos anos nessa instituição?

APÊNDICE B – Roteiro de análise documental para políticas institucionais de promoção de saúde

- 1) De que forma o documento institucionaliza a Promoção de Saúde na Universidade? *(trata-se de uma política que visa à criação de um projeto, de uma estrutura institucional, de um programa de atenção em saúde?)*
- 2) O documento apresenta uma definição de Promoção de Saúde? Se sim, qual? *(quais elementos teórico-conceituais estão presentes nessa definição?)*
- 3) Qual é o público-alvo das ações previstas no documento? *(estudantes, servidores docentes, servidores técnicos, trabalhadores terceirizados, comunidade externa)*
- 4) Quais são as ações previstas no documento? *(trata-se de um projeto, quais ações e objetivos elencados? Trata-se de uma estrutura institucional, quais são as atribuições previstas para essa estrutura? Trata-se de um programa de atenção direta em saúde, qual a abrangência da atenção proposta pelo programa, quais são as ações a ele vinculadas?)*
- 5) Quais os aspectos de saúde abrangidos pelas ações definidas? *(as ações presentes no documento se voltam a uma abordagem biomédica, comportamental ou ampla de saúde? As abordagens presentes no documento revelam uma compreensão de saúde direcionada exclusivamente ao cuidado do corpo ou também a atividades que demonstram abertura à reflexão sobre as condições conjunturais que afetam a saúde? Há o predomínio de algum tipo de intervenção (cuidado do corpo, cuidado do ambiente, reflexões conjunturais mais amplas)? Há o predomínio de abordagens voltadas a um aspecto específico da saúde (mental, física etc.)?)*
- 6) Quais são as áreas profissionais elencadas no documento que farão parte da concepção/operacionalização das ações na instituição? *(está presente uma compreensão de interdisciplinaridade na abordagem da saúde?)*
- 7) O documento prevê alguma forma de avaliação pública das ações e/ou formas de participação do público-alvo na construção das atividades? *(existem formas de inserção da população universitária nas ações de Promoção de Saúde para além da recepção das intervenções?)*
- 8) Há algum outro aspecto relevante a respeito do documento a ser destacado?

**APÊNDICE C – Roteiro de análise documental para documentos declaratórios da
RIUPS**

- 1) Ano e local de emissão do documento;
- 2) Países presentes no congresso;
- 3) Estrutura geral do documento;
- 4) Principais objetivos;
- 5) Conceitos fundantes presentes (*saúde, promoção de saúde, cuidado em saúde, ensino superior, universidades, universidades promotoras de saúde, participação, responsabilidade, governo, Estado, outros*);
- 6) Metas elencadas para as instituições membro.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada/o a participar da pesquisa intitulada “**Faces da Promoção de Saúde na Universidade Pública Brasileira**”, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo objetivo é analisar a perspectiva teórica de Promoção de Saúde que se manifesta nas universidades públicas brasileiras filiadas ao programa Universidades Promotoras de Saúde (UPS) e nos documentos declaratórios da Rede ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS). Para a realização desta pesquisa, estão sendo selecionadas/os gestores de saúde e/ou servidores/as responsáveis pela aplicação da estratégia UPS de instituições públicas de ensino superior credenciadas à Rede Brasileira de Universidades Promotoras de Saúde e à Rede ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde.

Esta pesquisa e a elaboração deste termo de consentimento livre e esclarecido seguem as recomendações das Resoluções do CNS n. 466/2012 e n. 510/2016, do Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS e suas complementares. Para que se possa alcançar seu objetivo, as/os participantes que concordarem em participar responderão a perguntas, a partir de um roteiro de entrevista, com duração de aproximadamente 30 minutos, sobre temas referentes à implementação do paradigma da Promoção de Saúde por meio da estratégia UPS na instituição. A entrevista será realizada em ambiente virtual, por meio da plataforma “Conferência Web RNP”, em sala privada, cujo acesso será disponibilizado por meio de senha, a fim de aumentar a segurança para os participantes.

A entrevista não envolve riscos físicos às/aos participantes, no entanto, caso haja algum desconforto devido aos questionamentos realizados, a pesquisadora compromete-se a não prosseguir com eles. As/os entrevistadas/os não terão nenhum benefício direto com a pesquisa, mas estarão contribuindo para a ampliação do conhecimento acadêmico a respeito da estratégia UPS no Brasil e para o seu desenvolvimento neste mesmo território. Os resultados da pesquisa contribuirão para a reflexão a respeito do desenvolvimento do paradigma da Promoção de Saúde dentro das instituições de ensino superior brasileiras. As/os participantes terão a garantia de ressarcimento de possíveis despesas e indenização diante de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa.

A pesquisadora compromete-se a manter o sigilo das informações fornecidas, uma vez que os registros escritos e gravados permanecerão arquivados em computador pessoal, em pasta local sem acesso à internet, e que não se fará referência à identidade das/os participantes no estudo. As/os participantes têm garantia plena de liberdade para recusar-se a participar do estudo ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização.

Os arquivos individuais contendo o registro em áudio e/ou vídeo das entrevistas serão enviados aos participantes imediatamente após a disponibilização da gravação pela plataforma utilizada. Os resultados da pesquisa serão disponibilizados aos participantes logo que se der a sua publicação final junto à dissertação da pesquisadora.

Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de pedir qualquer esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável Tuany Lohn Cardoso Mexko, pelo e-mail: tuany.lc@posgrad.ufsc.br, telefone (48) 98427-8288 ou pelo endereço: Divisão de Serviço Social – Reitoria I, Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n - Trindade, Florianópolis – SC - 88040-900. Além da própria pesquisadora, está à disposição do/a participante também para esclarecimento de dúvidas o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC). O CEPSH-UFSC é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. É possível acioná-lo no endereço: Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701, Trindade/Florianópolis, CEP: 88.040-400, pelo telefone (48) 3721-6094 ou pelo e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

O participante da pesquisa, ao responder o e-mail institucional do pesquisador contendo o TCLE e o questionário e/ou *link* de acesso, deixa implícito a concordância com o TCLE e seu aceite em participar da pesquisa, dispensando a assinatura, conservando, contudo, a transparência e a rastreabilidade na relação participante de pesquisa / pesquisador, conforme o Item 2.5 do Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021.

Florianópolis, _____ de _____ de 2023.

APÊNDICE E - Atividades relacionadas à promoção de saúde nas instituições de ensino superior brasileiras ligadas à estratégia UPS

	Universidade	Atividade⁵⁷
1	Universidade de Franca	Possui o Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde.
2	Universidade de Brasília	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui a Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária.
3	Universidade de Fortaleza	Mantém duas atividades acadêmicas relacionadas: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde - Revista Brasileira em Promoção de Saúde.
4	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui o Programa Saber Viver, que aborda a promoção da saúde estudantil.
5	Centro Universitário de Maringá	Possui o Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde.
6	Universidade Estadual de Goiás	Possui serviços de atenção à saúde do estudante englobados pela Política de Assistência Estudantil.
7	Universidade Federal de Minas Gerais	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, mantém uma Política de Saúde Mental.
8	Universidade Federal de Santa Catarina	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui a Política Intersetorial Permanente de Saúde Mental, Atenção Psicossocial e Promoção da Saúde.
9	Universidade Federal da Paraíba	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui o Núcleo Universitário de Bem-estar.
10	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui o programa “Se Cuide, Te amo!”
11	Centro Universitário Euro-americano	Possui um projeto chamado “Sou Promotor da Saúde”, que trata da seleção de voluntários para promoção de ações de prevenção e promoção da saúde mental. Esse projeto é parte das ações do Núcleo de Apoio Discente e Docente, que oferece apoio psicopedagógico à comunidade acadêmica.

⁵⁷ As atividades referidas como as exigidas para as universidades públicas federais são aquelas relacionadas ao PNAES e à PASS.

Universidade		Atividade ⁵⁷
12	Universidade Federal da Integração Latino-americana	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.
13	Universidade do Estado do Amazonas	Possui o Espaço de Atendimento Psicossocial direcionado aos estudantes.
14	Universidade Metodista de São Paulo	Mantém alguns programas relacionados à Promoção de Saúde, entre eles: <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Atendimento Interdisciplinar a Diabetes; - Programa de Pré-Natal Psicológico; - Apoio Psicopedagógico; - Grupo de Atendimento e Atenção à Vulnerabilidade e à Violência; - Programa para Desenvolvimento de uma Cultura de Paz no Ambiente Escolar; - Atividades relacionadas à promoção da acessibilidade para estudantes com deficiência; - Núcleo de Arte e Cultura; - Programa Aquarela – Terceira Idade; - Centro de Sustentabilidade; - Programa Metodista Sustentável; - Núcleo e Agência Ambiental; - Projeto Alimentação Sustentável.
15	Universidade Federal do Espírito Santo	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui uma comissão específica para o planejamento e a execução de atividades relacionadas à UPS.
16	Universidade Federal do Mato Grosso	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui o projeto ConstruISC, que promove ações relacionadas à UPS.
17	Universidade Federal de Goiás	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui um comitê interno ligado à UPS/REBRAUPS, que planeja e realiza atividades nesse sentido.
18	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui um comitê constituído para construir a política de saúde mental da universidade. Uma das justificativas apontadas para a instituição da política é o vínculo com RIUPS.
19	Universidade Federal de Rondônia	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.
20	Universidade Federal de Santa Maria	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.
21	Universidade Federal do Sul da	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas

	Universidade	Atividade⁵⁷
	Bahia	às universidades públicas federais, possui um projeto chamado “UFSP: Universidade Promotora da Saúde”, por meio do qual capta projetos de promoção de saúde, oferecendo recursos para a sua execução.
22	Universidade Luterana do Brasil	Possui um Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde. Oferece também um Selo Ulbra Promotora de Saúde para projetos de promoção de saúde existentes na Universidade.
23	Universidade Federal de Pernambuco	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui uma comissão que executa as atividades relacionadas à UPS.
24	Universidade Federal Fluminense	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, realiza um mapeamento de todas as atividades autônomas existentes na instituição que promovem saúde.
25	Universidade Federal de Catalão	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais e pretende criar uma comissão para tratar especificamente da estratégia UPS.
26	Centro Universitário Adventista de São Paulo	Possui um Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde.
27	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui um pró-reitoria direcionada exclusivamente para a atenção em saúde, agregando nela todos os serviços e projetos relacionados ao tema. Possui também uma comissão específica para tratar da estratégia UPS.
28	Universidade Federal de Jataí	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui uma linha de pesquisa direcionada à Promoção de Saúde no Programa de Pós-graduação de Ciências Aplicadas à Saúde. Possui também uma comissão constituída exclusivamente para tratar da estratégia UPS.
29	Universidade Federal do Rio de Janeiro	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.
30	Universidade da Região de Joinville	Possui serviços e projetos direcionados à promoção de saúde e qualidade de vida voltados para estudantes e trabalhadores.
31	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.
32	Universidade Estadual de Ponta Grossa	Possui serviços de atenção e promoção de saúde voltados aos estudantes e servidores, ligados, respectivamente, às

	Universidade	Atividade⁵⁷
		pró-reitorias de Assistência Estudantil e de Gestão de Pessoas. Possui também um projeto chamado Ambulatório de Saúde Integrativa que atende toda a comunidade universitária.
33	Fundação Oswaldo Cruz	Na unidade de Brasília, possui um grupo de trabalho chamado “Fiocruz Brasília Saudável”, que tem a estratégia UPS como fundamento e que pretende ser um grupo para articular os serviços de atenção à saúde dentro da FIOCRUZ.
34	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais e está em processo de aprovação da Política de Qualidade de Vida e Promoção de Saúde do Servidor.
35	Universidade Federal de São Carlos	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.
36	Centro Universitário Serra Dourada - Campus Altamira - PA	Não foram encontradas informações sobre serviços de saúde nos canais oficiais.
37	Universidade Federal do Amazonas	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui um projeto de mesmo nome da estratégia UPS, que tem o objetivo de levantar indicadores sobre estilo e qualidade de vida dos estudantes.
38	Universidade Federal do Tocantins	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui uma Política de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho.
39	Universidade Federal da Bahia	Além das atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais, possui o Núcleo de Atenção à Saúde Integral do Estudante.
40	Universidade do Estado de Minas Gerais	Possui serviços de atenção à saúde do estudante, englobados pela Assistência Estudantil, e também núcleos de atenção à saúde do servidor.
41	Universidade do Vale do Itajaí	Possui o Programa Acolher, que realiza a atenção à saúde mental dos estudantes e trabalhadores.
42	Universidade de Santa Cruz do Sul	Possui o Programa de Pós-graduação em Promoção de Saúde.
43	Universidade Federal do Norte do Tocantins	Mantém as atividades exigidas pelas políticas direcionadas às universidades públicas federais.