

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Sumayra de Oliveira Silva

Literacia para a Saúde em uma Sociedade Adoecida:
Um estudo campo da Pós-Graduação em Educação de uma Universidade Pública Federal.

Uberaba
2020

Sumayra de Oliveira Silva

Literacia para a Saúde em uma Sociedade Adoecida:

Um estudo campo da Pós-Graduação em Educação de uma Universidade Pública Federal.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Educação, área de concentração Fundamentos Educacionais e Formação de Professores, linha de pesquisa Fundamentos e Práticas Educacionais, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de mestre em educação.

Orientador: Prof. Dr. Acir Mário Karwoski.

.

Uberaba

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

S5831	<p>Silva, Sumayra de Oliveira Literacia para a saúde em uma sociedade adoecida: um estudo campo da pós-graduação em educação de uma universidade pública federal / Sumayra de Oliveira Silva. -- 2020. 103 f. : il., fig., tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Educação) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020 Orientador: Prof. Dr. Acir Mário Karwoski</p> <p>1. Educação – Estudo e ensino (Pós-graduação). 2. Professores de pós-graduação - Saúde e higiene. 3. Promoção da saúde. 4. Saúde. 5. Cultura. I. Karwoski, Acir Mário. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 378</p>
-------	---

SUMAYRA DE OLIVEIRA SILVA

Literacia para a Saúde em uma Sociedade Adoecida:
Um estudo campo da Pós-Graduação em Educação de uma Universidade Pública
Federal.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Educação, área de concentração Fundamentos Educacionais e Formação de Professores, linha de pesquisa Fundamentos e Práticas Educacionais, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito para obtenção do título de mestre em educação.

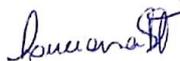
Orientador: Prof. Dr. Acir Mário Karwoski.

Uberaba, 28 de fevereiro de 2020.

Banca examinadora:



Prof. Dr. Acir Mário Karwoski. - Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof. Dr.ª Luciana de Almeida Teixeira da Silva
Universidade Federal do Triângulo Mineiro



Prof. Dr.ª Sálua Cecílio
Universidade Uberaba

Dedico aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFTM pelo acolhimento em tempos tão sombrios no solo nacional e pela janela aberta para um sol iluminado, voltar a sonhar pelos caminhos da educação e da ciência, após tantas portas viradas para a escuridão de uma noite sem estrelas. Como dizia o Poetinha, a vida é arte do encontro, embora haja tantos desencontros.

AGRADECIMENTOS

A mais temida entre as maldades cometidas pelos espíritos da floresta, para os indígenas, era o roubo de alma, pois ela extraía do guerreiro sua principal arma: a identidade.

Se a alma existe, se resume em nossa mente e em nossos sentimentos, tais espíritos das florestas habitam hoje os corpos de vários homens tornando-os ladrões de almas. Estes espíritos no formato de agressividade, intolerância, impaciência, falsidade, maldade, desonestidade, desrespeito, inveja, traição; roubam a alma não só do corpo que os hospedam, mas também de seres ao seu redor.

Um dos acidentes mentais mais comuns entre os povos primitivos é o que eles chamam de “a perda da alma”, o que significa uma ruptura ou uma dissociação da consciência. Isso significa que a psique do indivíduo pode fragmentar-se facilmente diante de emoções incontidas. Essa fragmentação ocorre perante os fatos da nossa vida que por serem traumáticos, resistimos em enfrentá-los e, dessa forma, cortamos a nossa energia vital e nos tornamos fracos e desanimados.

Os indígenas para devolver a essência, a alma, que fora subtraída do guerreiro, se enlaçavam em torno do corpo vazio e faziam um ritual de rememoração, em que a vida, as crenças e os sentimentos do guerreiro eram repassados ininterruptamente até que a sua alma fosse devolvida.

Professores Regina, Daniel, Alexandra, Luciana, Marta, Natália, Wagner, Jonas, Pedro, o servidor Alex, e especialmente, muito especialmente, ao meu orientador, o professor Acir Mário, obrigada pelos espaços e momentos de rememoração. Por aonde andar vou levar comigo o PPGE, que pude comprovar também em minha pesquisa, que a cultura, a educação e as relações sociais em ambientes de acolhimento profícuos promovem mais que saúde, cura a alma.

Agradeço também ao grupo de pesquisa proLiSaBR – Promoção em Comunicação, educação e Literacia para a Saúde, em nome das professoras Rosane e Marta, pelas discussões e o suporte bibliográfico sobre o tema desta pesquisa, literacia para a saúde.

*“O sábio não é o homem que fornece as verdadeiras respostas;
é quem faz as verdadeiras perguntas.”*

Claude Lévi-Strauss (1964).

RESUMO

Esta pesquisa é sobre o nível de literacia para a saúde (LS). O público pesquisado compõe-se de docentes de pós-graduação em educação, por ser um segmento, inicialmente, considerado referência em letramento e literacia. Pesquisa está desenhada cientificamente na perspectiva da Escola de Sociologia Francesa de Lévi-Strauss, da Escola Interpretativa Norte Americana de Geertz e da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa. Por meio de entrevistas semiestruturadas audiogravadas, dez professores participaram respondendo a um questionário HLS-EU-PT adaptado culturalmente e validado no Brasil, acrescido de 20 perguntas abertas propostas pela autora. O método durante o processo de investigação foi da observação participante que perduraram por oito meses (abril de 2019 a dezembro de 2019) e aconteceu nas instalações da própria instituição. O objetivo foi analisar o nível de literacia para a saúde dos docentes do programa de pós-graduação em educação de uma universidade federal para compreender, dentro da realidade do ensino superior brasileiro, se esses profissionais exercitam suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para a adoção de um estilo de vida saudável, na perspectiva cultural e sustentável. Concluímos que 80% dos pesquisados têm literacia para a saúde, mas a questão não é tão simples, os professores estão inseridos em um contexto que a saúde não é simbolicamente representada, portanto, 70% dos docentes estão com alguma patologia, mas exercem suas capacidades de compreensão e gestão para a sua saúde, contudo, o investimento é prejudicado pelo fato do tempo indisponível para adoção de um estilo de vida saudável de 70% dos pesquisados.

Palavras-chave: Literacia. Saúde. Cultura. Pós-Graduação

RESUMEN

Esta investigación trata sobre el nivel de literacy en salud (LS). El público investigado está compuesto por profesores de posgrado en educación, ya que es un segmento considerado inicialmente como una referencia en la literacy. La investigación está diseñada científicamente desde la perspectiva de la Escuela Francesa de Sociología de Lévi-Strauss, la Escuela Interpretativa Norteamericana de Geertz y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) de la Universidad Nueva de Lisboa. Mediante entrevistas semiestructuradas grabadas en audio, diez profesores participaron respondiendo a un cuestionario HLS-EU-PT adaptado culturalmente y validado en el Brasil, además de 20 preguntas abiertas por el autora. El método durante el proceso de investigación fue la observación participante que duró ocho meses (de abril de 2019 a diciembre de 2019) y tuvo lugar en las propias instalaciones de la institución. El objetivo era analizar el nivel de literacy en salud de los profesores del programa de educación de posgrado de una universidad federal para comprender, dentro de la realidad de la educación superior brasileña, si estos profesionales ejercen sus habilidades personales de comprensión, gestión e inversión para la adopción de un estilo de vida saludable, desde una perspectiva cultural y sostenible. Concluimos que el 80% de los entrevistados tienen conocimientos sobre salud, pero la cuestión no es tan simple, los profesores se insertan en un contexto en el que la salud no está representada simbólicamente, por lo tanto, el 70% de los profesores están con alguna patología, pero ejercen sus capacidades de comprensión y gestión de su salud, sin embargo, la inversión se ve obstaculizada por el hecho de que no se dispone de tiempo para la adopción de un estilo de vida saludable del 70% de los entrevistados.

Palabras clave: Literacidad. Salud. Cultura. Post-Graduación

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo estruturante para a concepção e operacionalização da literacia para a saúde. Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva, Revista Referência, III Série - Suplemento, p. 95-99.	17
Quadro 1: Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença.	21
Gráfico 1: Resultado da amostra em literacia para a Saúde: Fonte: autora 2020.	51
Gráfico 2: Resultados por entrevistados. Fonte: autora, 2020.	52
Tabela 1: Porcentagens de respostas de todas as questões do HLS-EU-PT, fonte: autora, 2020.	54
Tabela 2: Respostas da pergunta qual o impacto do meio social na vida dos entrevistados. Fonte: autora, 2020.	56
Quadro 2: Respostas para a pergunta – “O seu trabalho enquanto professor na pós-graduação favorece uma boa saúde.” Fonte: autora, 2019.	58
Quadro 3: Respostas para a pergunta "O que deveria mudar na pós-graduação para melhorar a saúde dos professores?". Fonte: autora, 2019.	62
Figura 2: Fonte Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a Saúde e a conscientização da cidadania positiva. Fonte: Revista Referência, III Série – Suplemento, 95-99.	91

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DP	Índice Geral de Prevenção da Doença
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
GEN-HL	Índice Geral de literacia para a Saúde
HC	Índice Geral de Cuidados da Saúde
HP	Índice Geral de Promoção da Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Base da Educação
LS	Literacia para a Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
PNPG	Plano Nacional de Pós-Graduação
UNB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 DEFINIÇÃO DE LITERACIA	6
2.1 COMO DESENVOLVER LITERACIA?	8
3 DEFINIÇÃO DE LITERACIA PARA A SAÚDE: APONTAMENTOS TEÓRICOS.	14
3.1 LITERACIA PARA A SAÚDE, BEM ESTAR E DESENVOLVIMENTO HUMANO EM UMA SOCIEDADE DOENTE: NOTAS TEÓRICAS	19
3.2 LITERACIA PARA A SAÚDE E A SUSTENTABILIDADE: LACÔNICAS REFLEXÕES	25
4 MÉTODOS DA PESQUISA	29
4.1 INSTRUMENTOS	29
4.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	29
4.3 O CAMPO DA PESQUISA	33
4.3.1 Contextualização do campo da pesquisa: A Pós-Graduação no Brasil	34
4.3.2. Historiografia da Pós-Graduação brasileira.....	35
4.3.3. Formação Docente na Pós-Graduação no Brasil	39
4.3.4. Perspectivas atuais.....	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	47
5.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE	48
5.2.1 Conclusão avaliação da saúde	49
5.3 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE.....	49
5.3.1 Conclusão Comportamentos de Saúde	50
5.6 RESULTADOS DAS QUESTÕES ABERTAS	55
5.6.1 Análise pergunta (a): o impacto do meio social sobre suas decisões, ações e atitudes para a saúde.....	55

5.6.2 Análise pergunta (b): o seu trabalho enquanto professor na pós-graduação favorece uma boa saúde?.....	57
5.6.3 Análise pergunta (c): O que deveria mudar na pós-graduação para melhorar a saúde dos professores?	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
6 REFERÊNCIAS.....	67
8 APÊNDICE	71
9 ANEXOS	72
9.1 ANEXO A	72
9.2 ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO. ..	74
9.3 ANEXO C: QUESTIONÁRIO HLS-EU-PT	75
9.3 ANEXO D: CONVENÇÕES DO PETEDI PARA TRANSCRIÇÃO DE MATERIAL ORAL.....	83
9.3 ANEXO E: OS INDICADORES DO INSTRUMENTO EUROPEU DE LITERACIA PARA A SAÚDE (HLS-EU-PT).....	90

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é sobre o nível de literacia para a saúde (LS) dos docentes que atuam na pós-graduação em educação, segmento inicialmente considerado referência em letramento¹ e literacia, para o qual, apresentaremos um diagnóstico sob ao campo de trabalho na pós-graduação *stricto sensu*, focalizado na LS dos docentes.

Literacia é uma capacidade humana de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com diversos contextos. Envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver seus potenciais e o seu conhecimento (UNESCO, 2003).

O termo literacia importado da literatura anglo-saxônica (*literacy*) está conectado a um conjunto de habilidades de leitura e escrita, que não se confunde com a aprendizagem inicial da leitura, denominada *reading acquisition, reading instruction, beginning literacy*, campo de estudos dos processos cognitivos e da intervenção pedagógica cujo objetivo é auxiliar o aluno nesta aprendizagem. Porquanto a compreensão que permite aprender algo por meio da leitura é feito a partir da captação principais ideias que entendemos de textos, das artes visuais, da partitura de uma música, da troca simbólica nas relações sociais e assim por diante, que por sua vez é a capacidade de interpretar determinado assunto (*literacy*), sem menosprezar a necessidade da intervenção pedagógica no ensino do uso de conectivos, tempos verbais, processos de referenciação anafórica e catafórica, a literacia no entendimento desta pesquisa só acontece a partir das trocas de símbolos culturais que impacta diretamente o desenvolvimento do cérebro humano.

Por esse entendimento a pesquisa apoia-se em Geertz (2008), para abordar o conceito de cultura, ciência geral dos signos, isto é, a cultura é uma ciência interpretativa a procura de significados, que consiste em estruturas de significação socialmente estabelecidas, é algo ao qual podem ser atribuídos os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições e ou os processos. Dialogaremos também neste campo com Levi Strauss (2003), que em uma categoria de entendimento inspirado pela linguística como o tema central para a cultura, em uma relação do social e do simbólico, mas compreendendo que relações sociais é uma

¹ A partir de estudos publicados em inglês, foram criados termos equivalentes a “*Literacy*”, tais como alfabetismo e letramento. Em Portugal e na América Latina, a apropriação do termo “*Literacy*” se deu de forma específica e diferenciada. No Brasil o usual é letramento e em Portugal Literacia. Para esta pesquisadora, letramento e literacia, não são conceitos excludentes e não competem entre si. Mas como estamos apoiados na metodologia de literacia para a saúde, da Escola Nacional de Saúde, da Universidade Nova de Lisboa, usaremos apenas o termo literacia.

realidade secundária à comunicação e toda relação é simbólica permeada por significados e sentidos, sendo o simbólico que constitui o social e não ao contrário, introduz a noção de sistema do eu e do outro, dentro do método fonológico, ou seja, a cultura é compreendida pela linguística, pela comunicação, pela fala, que são os símbolos a serem interpretados.

Já o termo literacia para a saúde, conceituada pela OMS (1998), como a compreensão e a utilização da informação com o objetivo de promover e manter uma boa saúde, o que não implica apenas conhecimento e capacidade intelectual, mas principalmente a tomada de decisão tendo por desígnio a melhoria da saúde individual e da saúde pública, que no entendimento dessa pesquisa, dependem de símbolos culturais que representem a modificação de comportamento para um bem estar, símbolos que podem não estar presentes em uma sociedade adoecida, por isso, vale destacar o papel da esfera pública e coletiva da saúde.

Pois ao falar em “boa saúde” na atual sociedade é fundamental apontar a redução urgente dos níveis de insucesso escolar, da insegurança pública, do desemprego e melhorar a habitação e o saneamento básico. As sociedades que permitem aos cidadãos ter um papel ativo social, econômico e cultural serão mais saudáveis do que aquelas nas quais os indivíduos enfrentam a insegurança, a exclusão e a carência (*Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2003).

Portanto, os problemas levantados e as questões que responderemos nesta pesquisa, são as seguintes:

- a) qual a incidência da cultura com a saúde, o desenvolvimento humano e sustentável?
- b) os docentes da pós-graduação em educação, considerados, inicialmente, com alto nível de literacia saberão tomar decisões para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos para a sua saúde?
- c) com toda a dinâmica, responsabilidades, cobranças e dificuldades no ensino superior brasileiro, o professor universitário de pós-graduação em educação, exercita suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para adoção de um estilo de vida promotor de saúde?
- d) respondendo a essas perguntas, será que podemos concluir que o ambiente em programas de pós-graduação é sustentavelmente profícuo?

As hipóteses indicadas para responder as perguntas acima nos parecem óbvias no início desta pesquisa: com relação à primeira pergunta (a), podemos afirmar que a cultura é

transversal, incide diretamente em todos os aspectos decisórios de nossas vidas; já nas alíneas (b) e (c) articularíamos que os professores, Doutores em Educação e áreas afins, saberão, com certeza, tomar as melhores decisões e exercitar suas capacidades para uma vida saudável e de pleno bem estar, e; com relação à última questão (d), basta uma olhada rápida nos noticiários brasileiros para reconhecermos que as pós-graduações, não são ambientes promotores de saúde, devido sua instabilidade orçamentária, ano de 2019, enquanto um Programa governo.

Nesse processo de investigação das dimensões simbólicas da ação social humana, não nos afastaremos dos dilemas existenciais da vida, em favor de algum domínio empírico de formas não-emocionalizadas, e, sim, mergulharemos no meio delas. A vocação essencial da antropologia interpretativa não é responder às nossas questões mais profundas, mas colocar, à nossa disposição, as respostas que outros deram e, assim, incluí-las no registro de consultas sobre o que o homem falou (GEERTZ, 2008). A Escola Interpretativa Norte Americana de Geertz auxiliará para a interpretação cultural destes problemas indicados.

Logo o objetivo desta pesquisa é avaliar o nível de literacia para a saúde dos docentes de pós-graduação em educação, de uma universidade federal, para compreender se esses profissionais exercitam suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para a adoção de um estilo de vida saudável na perspectiva sustentável, para tanto, iremos identificar os estudos de literacia para a saúde nas produções teóricas sobre a temática, no contexto nacional e internacional; apresentaremos uma reflexão sobre o ambiente profissional dos docentes universitários em programas de pós-graduação; apontaremos o conceito de cultura para a competência em literacia, no caso, para a saúde, no contexto do desenvolvimento sustentável.

O trabalho inicialmente discutirá o conceito de literacia apoiando na UNESCO (2003), que abarca uma perspectiva do desenvolvimento humano, enquanto garantia de liberdade individual e precisamos refletir sobre o sentido que se aproxima e se distância da realidade em que vivemos.

Vamos discutir com Clifford Geertz (2008) o conceito sobre cultura, no entendimento que a literacia é uma prática cultural com impacto no desenvolvimento do cérebro e, para acompanhá-lo, Claude Lévi-Strauss (2003) para nos aprofundarmos na linguagem, enquanto um fenômeno social situada no nível do pensamento inconsciente, porque, a língua vive e se desenvolve como elaboração coletiva é estabelecida nas relações sociais enquanto símbolo cultural.

Após este caminho inicial, seguiremos para o conceito de literacia para a saúde com Nutbeam (2000), Kickbusch, (2001, 2006) e na perspectiva autoral do questionário que

aplicamos em nosso campo de pesquisa². Saboga (1999, 2014, 2016) informa que a LS é formatada a partir de determinantes sociais e ambientais, caracterizadas em contextos pessoais que contribuem para a diferenciação das capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento; são elementos fundamentais ao longo do ciclo vital de uma pessoa e à sua adoção de estilos de vida promotores de saúde, refletiremos também, sob a perspectiva da sustentabilidade, porque a literacia para a saúde, significa o ser humano no controle dessa condição, visando melhorá-la e sendo capaz de gerir e tomar decisões determinantes para o bem-estar pessoal, social, cultural e ambiental, isto é, agir para o desenvolvimento sustentável, expressão que não se refere somente aos danos causados por poluição e erosão do ambiente físico, de um lado, e da pobreza, do outro, como se fossem fenômenos independentes (VECCHIATTI, 2004). O desenvolvimento desejável propõe uma conciliação com o crescimento econômico, conectado à dimensão social, cultural e pessoal, por conseguinte, literacia para a saúde.

Os caminhos que trilharemos nesta pesquisa estão mapeados acima, por meio das quais convidamos o leitor a mergulhar nesse universo de novas possibilidades, pois se queremos compreender o que é ciência, neste caso literacia para a saúde, devemos olhar em primeiro lugar, não para suas teorias ou suas descobertas, nem para o que seus defensores dizem sobre ela; devemos ver o que os praticantes das ciências fazem (GEERTZ, 2008). Portanto, o público pesquisado compõe-se de docentes de pós-graduação em educação, por ser um segmento, como já tido, considerado referência em literacia. E o campo³ de pesquisa será o da pós-graduação no Brasil, ano de 2019.

Para os apontamentos teóricos do campo de pesquisa, o caminho é pelas vias históricas, sociológicas e conjunturais e os guias serão: Pierre Bourdieu (1999), periódicos publicados pela Revista Brasileira de Pós-Graduação e pela Rede Universitas/ Br, no portal do INEP e CAPES (Plano Nacional de Pós-Graduação 2011 - 2020, Plataforma Sucupira e Infocapes); Almeida (2017); produções acadêmicas de Martins (2002 e 2003); Masetto (2012); Anastasiou (2002); Zabalza (2004); Mancebo (2004); Gatti; UNESCO (2011); Santos (2008) e Severino (2008).

O propósito é apresentar uma análise referente ao campo de pesquisa sobre formação de professores que atuam na pós-graduação, a partir dos resultados de um mapeamento feito

² Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU), para o Brasil (HLS-EU-BR), aplicado a docentes de um Programa de Pós-Graduação em Educação, de uma Universidade Federal Brasileira.

³ Campo na perspectiva de Pierre Bourdieu (1999).

em periódicos da área de educação no Brasil. Essa apresentação da pós-graduação, em nosso país, remete ao processo histórico de instauração, desenvolvimento, motivações, interesses, características e os impactos da formação docente, no ensino superior, para a educação brasileira. Procuramos responder questões referentes a essa formação, por meio de uma abordagem historiográfica e sociológica, apresentando fontes documentais distintas que mostram dados quantitativos e qualitativos.

Sob essa perspectiva, devemos compreender que, no nascimento da pós-graduação, em território nacional, a finalidade era formar professores para atender a uma nova demanda do ensino superior que rompesse com a constituição de docentes por mecanismos espontâneos. Concomitante a isso, havia a exigência econômica para atuarem no mercado em expansão com êxito para a pesquisa. Como é um campo de estudo ainda pouco investigado e com diversas lacunas, vamos analisá-la com foco na literacia para a saúde dos docentes da pós-graduação em educação, que finalizaremos com os resultados desta pesquisa caracterizando a atuação dos professores em campo e os seus dilemas existenciais. Para tal, a caminhada será longa e densa, porque a melhor parte da viagem nem sempre é o destino, principalmente nos tempos de incertezas que vivemos.

2 DEFINIÇÃO DE LITERACIA

Levante a cabeça e olhe em seu entorno. O que enxerga? Você é capaz de identificar, compreender, interpretar e comunicar o que percebe, de acordo com os diversos contextos em que vive? Você tem capacidade de alcançar os seus objetivos, desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento? Você participa de forma completa na sociedade, ou ela lhe parece caótica e o deixa confuso e angustiado? Consegue identificar, nas pessoas ou em você, transtornos temporários e doenças mentais ou físicas? Quando você olha a sua volta, o que vê: pessoas, cidades, carros, poluição, o sistema político e econômico? O que está avistando de fato? Consegue interpretar o que vê e o que vivencia, com o objetivo de tomar a melhor decisão para a sua vida, para com as pessoas a sua volta e, finalmente, para com o planeta Terra? Saramago (1995) sussurra como um sopro em nossas faces a importância de olhar: “se puderes olhar, vê. Se podes ver, repara” epígrafe do **Ensaio sobre a Cegueira**.

Saramago é apontado como analogia ao ato de “olhar”, porque reconhecemos que as palavras são signos, mas os poetas são, ainda entre nós, os últimos, a saberem que as palavras também foram valores (LÉVI-STRAUSS, 2003). As perguntas feitas no primeiro parágrafo, caro leitor, referem-se a sua capacidade de Literacia. A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2003) define Literacia como uma capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos. Ela envolve um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar, de forma completa, na sociedade.

Destarte, a literacia deve promover a socialização e dar acesso a bens culturais, sendo um fator propulsor do exercício consciente da cidadania e um dos recursos importantes de uma sociedade, pois afeta positivamente o seu crescimento socioeconômico. Esse conceito abarca uma perspectiva do incremento humano, enquanto garantia de liberdade, ao longo da história, pois, tanto nos países ricos, como nos pobres, a literacia tem sido reconhecida como parte essencial da busca da liberdade, um princípio central do desenvolvimento (UNESCO, 2003).

Na introdução deste trabalho, afirmamos ser necessário refletir sobre o conceito da UNESCO que, em nossa opinião, trata-se de uma consideração distante da realidade e quase que inatingível, uma vez que o termo “viver de forma completa da sociedade” apresenta um aspecto amplo e, por vezes, individualista: caso não conseguimos, é porque não temos

literacia; a falta de literacia implica na falha na educação formal que, por sua vez, é atribuído à “incompetência” de cada sujeito.

Para corroborar com outra perspectiva não totalmente excludente, mas complementar, e aprofundar ao que se refere o conceito da UNESCO, apresentamos um estudo coordenado por Benavente (1996) e realizado pelo Instituto de Ciências Sociais, com base em protocolo do Conselho Nacional de Educação e da Fundação *Calouste Gulbenkian*, sobre a literacia, em Portugal. Esse foi o primeiro estudo que utilizou uma metodologia de avaliação direta das competências de leitura, escrita e cálculo da população adulta, dos 15 aos 64 anos. Segundo a autora, falar de Literacia implica na compreensão de:

- a) o perfil de literacia de uma população não é algo a ser considerado constante, nem extrapolado a partir de uma medida temporalmente localizada;
- b) tal perfil também não pode ser deduzido a partir, simplesmente, dos níveis de escolaridade formais atingidos;
- c) a literacia não pode ser encarada como algo que se obtém em um determinado momento e que é válido para todo o sempre;
- d) os níveis de literacia devem ser vistos nos quadros de exigência das sociedades, em um determinado momento, e nessa medida, avaliadas as capacidades de uso para o desempenho de funções sociais diversificadas.

De acordo com Benavente (1996), em primeiro lugar, é difícil estabelecer qual o nível de escolaridade comporta as competências mínimas que permitem, em diferentes contextos, garantir a funcionalidade da vida adulta. Em segundo, aceitar o nível de escolaridade como indicador do grau de literacia pode, erradamente, pressupor, por um lado, a aceitação da ideia de que só a escola fornece competências de leitura, escrita e cálculo, desprezando-se, por isso, as aprendizagens adquiridas em outros espaços, e, por outro lado, que tais competências:

- a) garantem os desempenhos de leitura, escrita e cálculo que, na vida adulta, permitem a satisfação das necessidades dos indivíduos;
- b) uma vez adquiridas, não regridem nem progridem;
- c) as exigências sociais de literacia se mantêm constantes, o que não acontece nas sociedades atuais.

Nas sociedades contemporâneas, os modos de vida não são algo de unívoco, estritamente autocontido e definitivo, pois dependem dos recursos disponíveis (culturais ou materiais), confronta-se com outras experiências e podem mudar, com o tempo. Há conjuntos de práticas cotidianas e estratégias de vida que conseguem se desenvolver e, do mesmo modo, outros aos quais não se tem acesso, embora façam parte do quadro de necessidades e de possibilidades do mundo social com o qual as pessoas estabelecem interação cada vez mais ampla e intensa (BENAVENTE, 1996).

Nesse sentido, literacia consiste na interpretação das ações sociais para tomar decisões práticas no dia a dia, que julgam serem as melhores naquele instante da nossa vida, e, conseqüentemente, para as pessoas a nossa volta e para com o planeta. O que queremos discutir neste momento é o processo da literacia – como isso ocorre? Entendido, por nós, enquanto uma prática cultural que contribui para o desenvolvimento do cérebro, sem a qual estaremos fadados a seguir sem sentido e desprovidos de compreensão da vida que levamos.

2.1 COMO DESENVOLVER LITERACIA?

Por meio da Escola Interpretativa Norte Americana de Geertz, faremos a análise sobre o desenvolvimento da capacidade de ter literacia, partindo da evolução humana na terra, vejamos que com a mudança da anatomia da mão e a expansão do polegar, sendo apenas representações, submetida ao comando de programas simbolicamente mediados para a produção de artefatos, organização da vida social ou expressão das emoções, a partir das quais “o homem determinou, embora inconscientemente, os estágios culminantes do seu próprio destino biológico. Literalmente, embora inadvertidamente, ele próprio se criou.” (GEERTZ, 2008, p.35).

Segundo Geertz, o que separa os homens dos proto-homens não é a forma corpórea, mas a complexidade da organização nervosa. Sob esse prisma, o período de mudança cultural e biológica parece ter consistido numa intensa concentração do desenvolvimento neural e, talvez, associado a ela, o refinamento de comportamentos diversos das mãos, da locomoção bípede, etc. Grosso modo, isso sugere não existir o que chamamos de natureza humana independente da cultura.

Os homens sem cultura não seriam os selvagens inteligentes, atirados à sabedoria cruel dos seus instintos animais; nem seriam eles os bons selvagens do primitivismo iluminista, ou até mesmo, como a antropologia insinua, os macacos intrinsecamente talentosos que, por algum motivo, deixaram de se encontrar. Eles seriam monstruosidades incontroláveis, com muito poucos instintos úteis, menos sentimentos reconhecíveis e nenhum intelecto: verdadeiros casos psiquiátricos. Como nosso sistema nervoso central — e principalmente a maldição e glória que o coroam, o neocórtex — cresceu, em sua maior parte, em interação com a cultura, ele é incapaz de dirigir nosso comportamento ou organizar nossa experiência sem a orientação fornecida por sistemas de símbolos significantes. Para obter a informação adicional necessária no sentido de agir, fomos forçados a depender cada vez mais de fontes culturais — o fundo acumulado de símbolos significantes. (GEERTZ, 2008, p.36).

Significa que a cultura nos modelou como espécie única e, sem dúvida, ainda o faz, inclusive como indivíduos. É isso o que temos, realmente, em comum, não um consenso de cruzamento cultural estabelecido. Nessa área, o caminho geral para as simplicidades reveladoras da ciência segue uma preocupação organizada e dirigida, em termos da espécie, de análises teóricas sobre os estudos da evolução física, do funcionamento do sistema nervoso, da organização social, do processo psicológico, da padronização cultural, dentre outros e, muito especialmente, em termos da influência mútua entre eles. Isso quer dizer que o espaço percorrido é complexo, como qualquer expedição genuína.

Se estendemos a filogenia do hominídeo ao longo de uma balança de tempo focalizando nossa atenção no que parece ter acontecido à linha "humana" desde a irradiação dos hominídeos, e, em particular, desde a emergência do Australopiteco até o final do Plioceno, é possível uma análise mais sutil do crescimento evolutivo da mente. E torna-se evidente, de forma ainda mais crucial, que a acumulação cultural não só já estava encaminhada muito antes de cessar o desenvolvimento orgânico, mas que tal acumulação certamente desempenhou um papel ativo moldando os estágios finais desse desenvolvimento. (GEERTZ, 2008, p 49).

A alteração da capacidade mental começou com a produção da ferramenta de pedra, ou o machado rústico, possibilitando uma estatura mais ereta, uma dentição reduzida e uma mão com domínio do polegar, mas, principalmente, a própria expansão do cérebro humano até seu tamanho atual. Estamos dizendo que a produção artesanal, considerada uma prática cultural, fez o cérebro humano se desenvolver e, também, que a constituição do homem moderno é produto, tanto cultural, quanto biológico, pelo fato de ser, provavelmente, mais correto pensar na nossa estrutura como resultante da cultura, em vez de pensar em seres humanos anatomicamente iguais a nós, descobrindo, lentamente, essa cultura.

O Pleistoceno, com suas rápidas e radicais variações de clima, formações terrestres e vegetação, já foi reconhecido, há muito tempo, como o período no qual as condições

foram ideais para o veloz e eficiente desenvolvimento evolutivo do homem. Agora ele parece ter sido, também, um período no qual o ambiente cultural suplementou crescentemente o ambiente natural no processo de seleção, de forma a acelerar ainda mais a taxa de evolução do hominídeo, numa velocidade sem precedente. A Era Glacial parece ter sido não apenas a época do alargamento da frente e do encolhimento das mandíbulas, mas uma época em que se forjaram praticamente todas essas características da existência do homem que são as mais graficamente humanas: seu sistema nervoso perfeitamente encefalado, sua estrutura social baseada no tabu do incesto e sua capacidade de criar e usar símbolos. (Geertz, 2008, p.49).

O fato de esses diversos aspectos de humanidade emergirem juntos, numa interação complexa uns com os outros, em vez de surgirem em série, como se propunha há tempos, é de importância excepcional na interpretação da mentalidade humana, pois sugere que o sistema nervoso do homem não permite apenas que ele adquira cultura, mas exige que o faça para poder, simplesmente, funcionar. Ao contrário do que foi afirmado, em diferentes épocas, a cultura não suplementa o desenvolvimento e a ampliação de capacidades geneticamente anteriores a ela, organicamente baseadas e lógicas, mas, sim, constitui-se no ingrediente dessas capacidades. Um ser humano sem cultura seria não um macaco talentoso, mas uma anomalia sem mente e, em consequência, sem possibilidade de ser trabalhada. Assim, muito antes de ser influenciada por forças culturais, a evolução do que chegou a constituir o sistema nervoso humano foi modelada pelas forças sociais.

A emergência sincrônica nos primatas de um cérebro anterior expandido, formas desenvolvidas de organização social é pelo menos depois que os Australopithecíneos puseram suas mãos nas ferramentas, padrões de cultura institucionalizados, indica não ser aconselhável a forma padronizada de tratar em série os parâmetros biológico, social e cultural – sendo o primeiro tomado como anterior ao segundo, e o segundo como anterior ao terceiro. Pelo contrário, esses assim chamados níveis devem ser vistos como inter-relacionados reciprocamente, e considerados em conjunto. (Geertz, 2008, p.54).

A partir desse ponto de vista, parece inteiramente errônea a opinião aceita de que o funcionamento mental é, basicamente, um processo intracerebral, que permitiu ao homem inventar e só pode ser auxiliado e amplificado secundariamente por vários mecanismos artificiais. Pelo contrário, sendo impossível uma definição inteiramente especificada, suficiente em termos adaptativos, da predominância dos processos neurais em termos de parâmetros intrínsecos, o cérebro humano é totalmente dependente dos recursos culturais para o seu próprio funcionamento.

Assim, tais recursos não são apenas conexos, mas constituintes da atividade mental. Com efeito, o pensamento, como um ato aberto, público, que envolve a manipulação propositada de materiais objetivos, é fundamental para os seres humanos; já como ato privado, oculto, sem recorrer a tais materiais, parece ser uma capacidade derivada, embora

não inútil. Observar como os estudantes aprendem a calcular revela que somar números, na cabeça, é uma realização mental muito mais sofisticada do que somá-los com papel e lápis, juntando pauzinhos, ou contando os dedos das mãos e dos pés. Ler em voz alta é uma realização mais elementar do que ler para si mesmo, e tal habilidade só surgiu, de fato, na Idade Média (GEERTZ, 2008).

O mesmo ocorre com a fala: Lévi-Strauss (2003) afirma que a língua e a cultura são duas modalidades paralelas de uma atividade fundamental da mente humana e que existem relações entre elas, pois, ambas levaram vários milênios para se desenvolverem e essa evolução transcorreu paralelamente, no cérebro, “no ponto em que estamos podemos nos limitar aos casos privilegiados nos quais a cultura e a língua evoluíram lado a lado durante algum tempo, sem a intervenção marcada de fatores externos” (LÉVI-STRAUSS, 2003, p 82). Em uma categoria de entendimento inspirado pela linguística, Lévi-Strauss vê a linguagem e a cultura como estruturas da mente humana, pois, as relações sociais são psíquicas e estão vinculadas com o fato de o homem pensar em categorias de entendimento da realidade. Dessa visão surge uma formalização da realidade social inspirada na psicanálise e na ideia de que a estrutura social não pode ser reduzida a relações sociais. Fazendo uma analogia com a linguagem, é como se essa estrutura fosse o amplo sistema de relações da comunicação humana, responsável pela atribuição de significado, e os modelos fossem os idiomas, traduzíveis de um para outro, mantendo a mesma relação de correspondência de um enunciado.

A linguagem pode ser tratada como produto de uma cultura: uma língua usada por uma sociedade reflete a cultura geral da população, mas, num outro sentido, a linguagem é uma parte da cultura e se constitui em um de seus elementos. Desse modo, é possível tratar a linguagem como condição da cultura, por duas razões: uma diacrônica, já que é principalmente por intermédio da linguagem que o indivíduo adquire a cultura de seu grupo, que a criança é instruída, educada, repreendida, elogiada com palavras; outra, de um ponto de vista mais teórico, na qual a linguagem também se apresenta como condição da cultura, na medida em que ambas possuem uma arquitetura similar e se constroem por intermédio de oposições e correlações ou, em outras palavras, de relações lógicas. Assim, a linguagem pode ser considerada como uma fundação, destinada a receber as estruturas, às vezes mais complexas, mas do mesmo tipo que as suas, correspondentes à cultura, tomada em seus vários aspectos (LÉVI-STRAUSS, 2008).

Para Geertz, é incorreto afirmar que as disposições mentais do homem são geneticamente anteriores à cultura e que suas capacidades reais representam a amplificação ou

a extensão dessas disposições pré-existentes, via meios culturais. O fato aparente de que os estágios finais da evolução biológica do homem ocorreram após os estágios iniciais do crescimento da cultura implica na ideia de que a natureza humana básica, pura ou não condicionada, no sentido da sua constituição inata, é tão funcionalmente incompleta a ponto de não poder ser trabalhada. “As ferramentas, a caça, a organização familiar e, mais tarde, a arte, a religião e a ciência moldaram o homem somaticamente. Elas são, portanto, necessárias não apenas à sua sobrevivência, mas à sua própria realização existencial.” (GEERTZ, 2008, p.60).

A aplicação dessa tese de Geertz, sobre evolução humana, conduz à hipótese de que os recursos culturais são elementos do pensamento humano e o fato entendido é que a ampliação do cérebro e a cultura humana emergiram sincronicamente e não serialmente. Mais que isso, compreende-se que o sistema nervoso humano depende, inevitavelmente, da acessibilidade cultural para construir seus próprios padrões de atividade autônoma e contínua.

Isso, por sua vez, significa que o pensamento humano é, basicamente, um ato aberto conduzido em termos de materiais objetivos da cultura comum, e só secundariamente um assunto privado. No sentido tanto do raciocínio orientado como da formulação dos sentimentos, assim como da integração de ambos os motivos, os processos mentais do homem ocorrem, na verdade, no banco escolar ou no campo de futebol, no estúdio ou no assento do caminhão, na estação de trem, no tabuleiro de xadrez ou na poltrona do juiz. Não obstante as alegações em contrário do isolacionista em favor da substancialidade do sistema fechado da cultura, da organização social, do comportamento individual ou da fisiologia nervosa, o progresso na análise científica da mente humana exige um ataque conjunto de praticamente todas as ciências comportamentais, nas quais as descobertas de cada uma forçarão a constante reavaliação teórica de todas as outras. (GEERTZ, 2008, p.61).

Ou seja, o pensamento humano é social em sua origem, funções e aplicações. Fundamentalmente é uma atividade pública⁴, seu *habitat* natural é o pátio da casa, o local do mercado e a praça da cidade. As implicações desse fato para a análise que estamos fazendo impacta diretamente sobre como se desenvolve a literacia no âmbito acadêmico, porque não há diferença - e o problema é justamente este: tratar ambos como algo externo aos símbolos culturais absorvidos pelo cérebro humano. É mais difícil lidar cientificamente com as ideias do que com as relações econômicas, políticas e sociais entre os indivíduos e grupos.

Justamente nesse ponto, conceber o pensar, basicamente, como um ato social realizado junto a outras ações coletivas, pode desempenhar um papel muito construtivo, pois a

⁴ Estamos nos referindo ao conceito de Geertz de que a cultura é pública e consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidos; algo que pode ser atribuído, casualmente, aos acontecimentos sociais, aos comportamentos, às instituições, ou aos processos.

perspectiva de que o pensamento consiste em um tráfico de símbolos significantes e objetos em experiência sobre os quais os homens imprimiram significado transforma o estudo da cultura em resposta para a aproximação da Literacia. Considerando que é por intermédio dos padrões culturais amontoados, ordenados e carregados de símbolos significativos que o homem encontra sentido nos acontecimentos vividos, pode-se afirmar que o estudo da cultura, entendida como totalidade desse amontoadado, é, portanto, a análise das práticas empregadas por indivíduos, agrupados ou não, para se orientarem no mundo, independente do nível de atuação. Por mais intrincado que seja o princípio orientador é o mesmo: as sociedades, como as vidas, contêm suas próprias interpretações desenvolvidas em prática cultural, trocas e relações sociais e estas, por sua vez, impactam a atividade cerebral.

Desse modo, para continuar neste caminho, seguiremos compreendendo que para interpretar determinado conteúdo, neste caso questões de saúde, no sentido de tomar a melhor decisão para o bem estar individual, mas alinhado ao desenvolvimento sustentável do planeta terra, estamos tratando de um símbolo cultural que não está tão presente no pátio da escola, da casa, do trabalho, do mercado e nas praças das cidades. Por esse motivo, talvez possamos afirmar, as razões dos baixos índices de capacidade de interpretação na sociedade e altos índices de doenças que poderiam ser prevenidas com conhecimento do homem sobre seu próprio corpo.

3 DEFINIÇÃO DE LITERACIA PARA A SAÚDE: APONTAMENTOS TEÓRICOS

Faz –se necessário antes de abordar o tema principal desta pesquisa, conceituar saúde; as organizações internacionais de saúde pública, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), sobretudo a OMS, propõem a definição de saúde como um “estado de completo de bem-estar físico, mental e social”, um sentido utópico que recentemente associou-se a questão espiritual a esta acepção, e em futuro próximo, o meio ambiental fará parte oficial da definição sanitária, completando assim o sistema de dimensões que encerram o viver humano em sua complexa teia de relações. As concepções implícitas nessa definição não apenas exprimem, mas ampliam o campo da saúde pública indo ao encontro do campo inter ou transdisciplinar da saúde coletiva, enfatizando a promoção da saúde (<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>, acesso em 01/12/19).

A literacia para a saúde surge na década de 70 por Scott Simonds (1974), conectada com educação para a saúde em contexto escolar, compreendia que os alunos tinham literacia em áreas distintas como história ou ciência, bem como na saúde (Tones, 2002). Na década de 90 o termo foi definido nos Estados Unidos como sendo uma significação de aptidões incluindo as capacidades de leitura e escrita, bem como de matemática, que tornem possível funcionar num ambiente de cuidados de saúde. Os pacientes com LS adequada são capazes de ler, compreender e agir perante a informação na saúde (Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (1998) estabeleceu LS como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e aptidões individuais que permitem o acesso, a compreensão e a utilização da informação de forma a promover e manter uma boa saúde. Implica a aquisição de um nível de conhecimento, capacidades individuais e confiança na tomada de decisão, tendo por objetivo a melhoria da saúde individual e da saúde pública ao modificar comportamentos e formas de vida. Uma das questões levantadas relaciona-se à capacidade do cidadão de fruir potencialmente a sua saúde, considerando o que diz a Carta de Ottawa⁵ sobre o tema:

⁵ Documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

Processo que visa criar condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde. Um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e mudar ou adaptar-se ao ambiente. A saúde é, assim, encarada como um recurso para o dia-a-dia, não o objetivo de vida. A saúde é um conceito positivo que dá ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como às capacidades físicas. Assim sendo, a promoção da saúde não é só responsabilidade do setor da saúde, mas vai para além dos estilos de vida saudáveis ao bem-estar. (Carta de Ottawa, 1986, p 86).

Entendendo a LS como uma forma de promover a saúde, é imperativo saber como as pessoas tratam as informações relacionadas ao seu bem-estar e como tomam decisões terapêuticas. Isso envolve a necessidade de: avaliar informação de credibilidade e qualidade; analisar riscos e benefícios; calcular riscos e interpretar alguns resultados de exames. Os primeiros trabalhos sobre LS foram realizados nos Estados Unidos, o Instituto de Medicina da Academia Nacional das Ciências definiu literacia para a saúde como “o grau em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e compreender informação de saúde básica.” (The Commonwealth Fund, 2006, p. 23).

Ajustada a essa definição, a LS inclui também: a capacidade do indivíduo de comunicar sobre a sua saúde a profissionais de atendimento básico; de ler informação médica; de tomar decisões acerca de tratamentos; de seguir regimes e de decidir quando e como procurar ajuda clínica. Além disso, a LS inclui a envergadura para negociar planos de saúde e para compreender instruções e prescrições de medicamentos, de folhetos médicos e de consentimento informado. Não é somente a aptidão para ler, escrever e interpretar, mas também a condição prática de aplicá-la em situações de saúde, fato que não está necessariamente relacionado à escolarização ou à habilidade de leitura: uma pessoa com alto nível de estudo formal, como curso superior e pós-graduação pode ter literacia inadequada no que se refere a sua saúde. Vários estudos demonstraram que a baixa LS afeta pessoas de diversas idades, etnias e níveis econômicos e um relatório do citado Instituto demonstrou que quase metade dos adultos norte-americanos apresenta baixa literacia para a saúde.

O Fórum Europeu da Saúde, que ocorre anualmente desde 1998, na cidade austríaca de Gastein, aponta a LS como a condição para melhorar a qualidade dos cuidados com saúde e para reduzir despesas nessa área. Para tanto, os indivíduos precisam ter um papel ativo nas decisões relacionadas a esses cuidados. Será que, para cumprir esse objetivo, a população precisa de capacidades de leitura e interpretação das informações sobre sua disposição física e mental? Todos os dias somos confrontados com questões e decisões acerca do nosso bem-estar e essa esfera expandiu-se para além do sistema de saúde, pois incluem exercícios, alimentação, emoções, sentimentos e um mercado midiático, farmacêutico e de terapias

alternativas que vendem informações, cada vez mais. Se por um lado, há mais escolha e mais divulgação de dados, por outro, o dilúvio de informações, que nos chegam pelos diversos canais midiáticos, muitas vezes, pode causar confusão, em vez de prestar um serviço de utilidade.

Porquanto, os sistemas de saúde são cada vez mais complexos e as decisões nesse campo podem nos colocar em uma posição vulnerável: corremos riscos sem a certeza de resultados; isso acontece independente do nível educacional. A literacia para a saúde não é uma salvaguarda dessa incerteza, porém, pode ajudar a melhorar o conhecimento das potenciais consequências das escolhas em saúde. Mas desenvolver a LS é mais do que ter acesso à informação: é saber qual é a confiável e filtrar informação, por vezes, também não é suficiente, se questionarmos: como a informação em saúde se traduz em comportamentos saudáveis?

Nutbeam (2000) faz referência à LS como o resultado das aptidões individuais, cognitivas e sociais que capacitam os indivíduos no acesso, na compreensão e na utilização de informação que promova e mantenha a boa saúde. Analisa que o aumento do conhecimento, a compreensão dos determinantes na saúde e a mudança de comportamentos são resultados relacionados com atividades de educação para a saúde⁶.

Assim, Nutbeam (2000) propõe três níveis de LS: a literacia básica/funcional, os conhecimentos básicos de leitura e escrita que permitem o lidar eficazmente com as situações do dia-a-dia; a literacia comunicativa/interativa, com capacidades cognitivas e de literacia avançadas que em conjunto com habilidades sociais podem ser ferramentas essenciais para participar da sociedade, extrair informação e aplicá-la mesmo quando as circunstâncias se alterem; por último, a literacia crítica é a que envolve capacidades individuais mais avançadas, permitindo a análise crítica da informação e a sua utilização para exercer controle sobre os eventos da vida. Esta classificação indica que os diferentes níveis de LS vão progressivamente permitindo maior autonomia e empoderamento ao indivíduo. Nutbeam enquadra a definição de LS da OMS na literacia interativa e crítica.

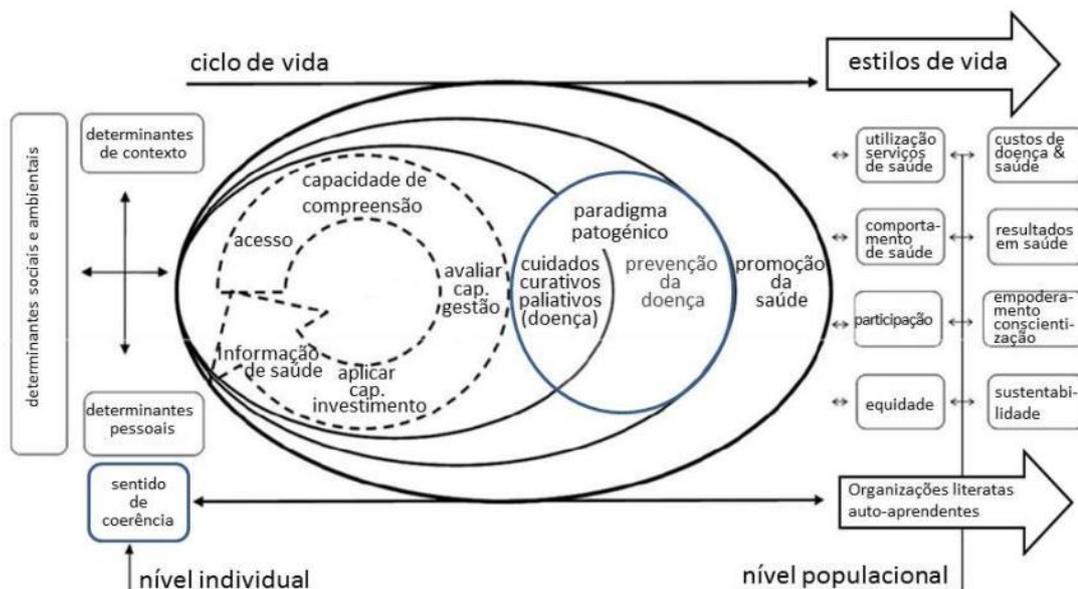
Segundo a Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa, as competências da literacia para a saúde baseiam-se na interação entre as aptidões dos indivíduos e os respectivos contextos de saúde, o sistema de educação e os fatores sociais e culturais, em casa, no

⁶ Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar educação para a saúde como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais. Fonte: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html> acesso em 26/01/20.

trabalho e nas relações sociais. Assim, a responsabilidade para a melhoria dos seus níveis deveria ser compartilhada entre os sistemas: educativo, de saúde e cultural e a LS deve fazer parte da sociedade, enquanto afirmação da identidade do seu povo. Entretanto, para tal compreensão, precisamos buscar as origens dessa identidade e sua relação com a LS, compreendendo que o leitor a visualiza como uma prática cultural voltada, neste caso, para o bem-estar.

Saboga (2014) compreende literacia para a saúde a partir de determinantes sociais e ambientais caracterizados nas categorias contexto e pessoal. Referente ao individual - considera-se o sentido da coerência e o seu impacto significativo na saúde, que contribui para a caracterização das capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento, elementos fundamentais no ciclo de vida de uma pessoa e a sua adoção de estilos de vida promotores de saúde. Seria como um processo de conscientização do indivíduo para atuar no contexto em que vive.

Figura 1: modelo estruturante para a concepção e operacionalização da literacia para a saúde.



Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva, Revista Referência, III Série - Suplemento, p. 95-99.

No modelo estão as principais dimensões da LS e a sua ligação com resultados em saúde. No núcleo da figura estão as quatro competências relacionadas com o processo de

acesso, compreensão, avaliação e utilização de informação relacionada com a saúde. O acesso está relacionado com a capacidade de procurar, encontrar e obter informação de saúde; a capacidade de compreensão refere-se a abarcar a informação encontrada; a avaliação da capacidade de gestão é a aptidão individual em interpretar, filtrar, julgar e avaliar a informação e, a utilização da capacidade de investimento refere-se à forma como se comunica e se utiliza a informação que permite a tomada de decisão no sentido de melhorar ou manter a saúde.

O processo desenhado na Fig.1 é sobre os três domínios individuais de promoção da saúde: Cuidados de Saúde (Curativos/Paliativos), Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. A interface do campo da saúde com a LS acontece nos três domínios descritos, o que permite fazer a leitura dos indicadores que se referem à utilização dos serviços de saúde, comportamentos em saúde e participação. Estes elementos estabelecem o fundamento da equidade, sendo pilar da sustentabilidade social (Saboga-Nunes, 2014).

O quadro conceitual associado a esses domínios representa a evolução de uma perspectiva centrada no indivíduo para outra focada na população, portanto, está integrada uma concepção médica da LS com uma perspectiva mais ampla da saúde pública. Ao colocar o enfoque fora do contexto dos cuidados de saúde, a prevenção ganha mais importância e reduz-se a pressão nos sistemas de saúde. O modelo também mostra os principais antecedentes e consequências da LS, com a distinção entre determinantes sociais/ambientais e os determinantes pessoais/contextos.

A LS é vista como consequência do acesso da pessoa a informação de saúde. Esta informação pode ser apropriada pelo indivíduo com o desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, influenciando o julgamento para tomar uma decisão. Esta avaliação é determinada pela capacidade de gestão a aproveitamento do conhecimento adquirido sobre a saúde, à vida diária. Esta aplicação é mediada pela capacidade de investimento que o indivíduo desenvolve na construção das suas opções de vida mais ou menos favoráveis à promoção da sua saúde (Saboga-Nunes, 2014).

Kickbusch (2001) enfatiza a educação e a literacia como determinantes na saúde. A LS seria uma discreta forma de literacia que aufere importância para o desenvolvimento econômico e social, com impacto na qualidade de saúde, devendo existir intervenções em saúde pública que melhorem a LS. Assim define LS como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no cotidiano, isto é, em casa, na comunidade, no local de trabalho, no recurso aos serviços de saúde, no mercado de trabalho ou na esfera política. Considera uma estratégia crítica de empoderamento que permite o controle sobre a saúde individual, a capacidade de

procurar informação e assumir responsabilidades. Mas sendo a literacia uma prática cultural como incidir diretamente na saúde? Este é o próximo ponto de articulação que tentaremos aproximar a saúde como um fenómeno socialmente construído.

3.1 LITERACIA PARA A SAÚDE, BEM ESTAR E DESENVOLVIMENTO HUMANO EM UMA SOCIEDADE DOENTE: NOTAS TEÓRICAS

Porquanto nosso objetivo é nos aproximarmos do entendimento de saúde como um fenómeno psicossocial, construído historicamente e culturalmente determinado, não estamos tentando aplicar, a esse entendimento, os conceitos e teorias da biologia e da psicologia, mas apenas posicioná-los, lado a lado, com os fatos culturais, de forma a elaborar um pensamento que estabeleça uma relação entre eles.

Não apresentaremos uma integração teórica, mas a simples correlação de achados, separados em diversos autores. São apenas analogias, paralelismos, sugestões e afinidades, mais ou menos persuasivas, na tentativa de lançar uma associação e alcançar, assim, uma imagem mais exata do homem, no processo culturalmente determinado em sua saúde. A proposta é que a cultura seja vista, nesse sentido, como um conjunto de mecânica de controle – planos, receitas, regras e instruções – para governar o comportamento. “O homem é precisamente o animal mais desesperadamente dependente de tais mecanismos de controle, extragenéticos, fora da pele, de tais programas culturais, para ordenar seu comportamento.” (Geertz, 2008, p.32).

A perspectiva da cultura como mecanismo de controle inicia-se com o pressuposto de que o pensamento humano é basicamente social e público e seu ambiente natural se traduz pelas relações sociais, pois pensar consiste em um tráfego entre símbolos significantes. Do ponto de vista de qualquer indivíduo particular, tais símbolos, em sua maioria, são dados e ele os encontra já em uso corrente, na comunidade, quando nasce, e eles permanecem em circulação após a sua morte, com alguns acréscimos, subtrações e alterações parciais dos quais pode, ou não, participar. Enquanto vive, ele se utiliza parcial ou totalmente deles; às vezes, deliberadamente e com cuidado; na maioria das vezes, espontaneamente e com facilidade, mas sempre com o mesmo propósito: construir os acontecimentos por meio dos quais ele vive, para auto-orientar-se no curso da existência (GEERTZ, 2008).

Capacidades de respostas extremamente gerais são dadas, de forma inata, ao homem, embora ele torne possível uma maior plasticidade, complexidade e, talvez, uma efetividade de

comportamento. Dirigido por sistemas organizados de símbolos significantes, o comportamento do homem seria virtualmente ingovernável, um simples caos de atos sem sentido e de explosões emocionais. Além disso, sua experiência não teria, praticamente, forma sem a cultura e a totalidade acumulada padrões. Ela não é apenas um ornamento da existência humana, mas uma condição essencial, a principal base de sua especificidade (GEERTZ, 2008).

O homem seria um animal física e mentalmente inviável se fosse independente da cultura. Por ser ele o mais emocional e racional dos seres vivos, é necessário um controle cultural muito cuidadoso dos estímulos de medo, raiva, sugestões, etc. Todavia, como não pode atuar de modo eficiente na ausência de um grau bastante elevado de ativação das emoções, razoavelmente persistente, são essenciais os mecanismos culturais que assegurem a pronta disponibilidade de tipos constantemente variados de experiências sensoriais que sustentem tais atividades são essenciais (GEERTZ, 2008).

Nesse contexto, nossa tarefa mental muda de uma coleta de informações sobre o padrão de acontecimentos no mundo exterior, para uma determinação do significado afetivo da importância emocional desse padrão. Não estamos preocupados em resolver problemas, mas em esclarecer sentimentos e podemos afirmar que a existência de recursos culturais de um sistema adequado de símbolos públicos é tão essencial para essa espécie de processo como o é para o raciocínio orientador. Assim sendo, o desenvolvimento, a manutenção e a dissolução de humores, atitudes, sentimentos, etc – que são percepções no sentido de estado ou condição, não sensações ou motivos — constituem, tanto uma atividade basicamente privada dos seres humanos, quanto o pensamento orientado. Não apenas as ideias, mas as próprias emoções são, no homem, artefatos culturais (GEERTZ, 2008).

Devido à falta de especificidade do afeto intrínseco no homem, atingir um fluxo e estimulação do seu sistema nervoso envolve uma regulamentação do que penetra pelo aparelho sensorial, de forma qualitativa e muito delicada. Neurologicamente, essa regulamentação é obtida por meio de impulsos eferentes do sistema nervoso central que modificam a atividade receptora. Psicologicamente, o mesmo processo pode ser sentenciado como controle da percepção; porém, no homem, nem as áreas predominantes, nem os conjuntos mentais podem ser formados com precisão suficiente, na ausência de orientação por parte de modelos simbólicos. Para tomar nossas decisões, precisamos saber como nos sentimos a respeito das coisas e, para isso, imagens públicas de sentimentos – fornecidas apenas pela cultura – são necessárias. (GEERTZ, 2008). Nessa elucidação, ratificamos o conceito de literacia para saúde, enquanto prática cultural.

Com a referência no que foi dito acima, sobre a análise antropológica da prática cotidiana, nos processos de conhecimento que permitem acessar o pensamento humano, queremos demonstrar um exemplo prático dessas análises que contribuem para o homem conectar suas experiências com relação, à saúde, reconhecida como produto culturalmente construído, contribuindo, assim, para a sua liberdade. Se tais questões fossem, por exemplo, matérias estudadas nas escolas – provavelmente teríamos mais controle das nossas emoções, do nosso corpo e das doenças. Nesse momento, abrimos um quadro de exemplo referentes a “sentimentos” presentes na humanidade, que têm se tornando o mal século no Brasil: a angústia e a ansiedade⁷. Tal quadro foi desenvolvido por Caprara (2003), e reconstruído, neste trabalho, como uma estrutura prática na matriz do que estamos discutindo: domínio cultural da saúde.

Quadro 1: uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença.

Em seu conceito, angústia (*angst*) deve ser considerada como elemento constitutivo da humanidade, pois é um estado fundamental da existência. Os seres humanos que não conhecem a melancolia têm um espírito que desconhece a metamorfose (Kierkegaard, 1952, 1972). A ansiedade não é um sintoma patológico, mas uma condição que permite um acesso privilegiado de autoconhecimento (Heidegger, 1976).

Ao contrário da abordagem biomédica, o estado de ansiedade revela a procura de um novo significado de vida; trata-se de um problema existencial, não somente de um problema biológico ou comportamental. Para os filósofos existencialistas, fenomenológicos e hermenêuticos, o interesse se dirige aos problemas existenciais, interpretando as ações humanas.

Quem não conhece a angústia não é um ser humano. Para Heidegger, a angústia serve como um transtorno que revela a natureza do Dasein, possivelmente traduzido como: “existência humana cotidiana”.

Kierkegaard (1952) enfatiza como os seres humanos podem ser considerados uma conjunção entre dimensão biológica e psicossocial e, nessa concepção e nesse processo, a angústia humana está vinculada estritamente à capacidade de autorreflexão e de atuar livremente, identificando as possibilidades da liberdade. Essa dimensão deve ser separada da esfera mental na qual sentimentos como o medo – e diferentes reações comuns também em outros animais – se manifestam.

⁷ Disponível em: <http://atarde.uol.com.br/saude/noticias/1981576-brasil-lidera-ranking-de-transtorno-de-ansiedade-e-depressao-mulheres-sao-maioria>. Acesso em 22 de julho de 2019.

Heidegger (1976) aborda o problema da angústia, concordando com Kierkegaard, de que se trata de um estado fundamental, mas afirma também que está vinculada à nossa compreensão e interpretação do universo. Para Heidegger, o homem procura continuamente compreender/ interpretar o significado de mundo e, tal como a angústia, a compreensão é um estado constitutivo dos seres humanos, e não um fenômeno psicológico.

Quem não se coloca no mundo como ser interpretante perde a própria subjetividade (Wulff et al., 1995). A angústia nos indica que os significados do mundo mudaram e que os contatos com os outros seres humanos perderam seu próprio significado (Wulff et al., 1995). É nesse sentido que, para Heidegger, a angústia permite o acesso à autorreflexão. Para a perspectiva hermenêutica, as pessoas que vivem um estado de ansiedade não somente devem ser diagnosticadas de um ponto de vista clínico, mas é necessário que comecem um processo de reflexão sobre sua própria existência. Essa pessoa é livre para escolher, mesmo se decide não enfrentar os problemas e utilizar somente ansiolíticos, mas, nesse caso, dificilmente poderá dar uma solução às suas dificuldades existenciais.

Uma abordagem biomédica permite controlar a depressão, ou a ansiedade, ou a angústia, por meio da utilização de psicofármacos, eliminando ou reduzindo a sintomatologia, mas a perspectiva hermenêutica coloca-se de forma crítica frente a esse modo de abordar os problemas.

Fonte: Caprara, 2003.

Como vimos no quadro acima, apenas como um exemplo dentre outros, a ansiedade e a angústia não são sintomas patológicos, mas estados que permitem um acesso privilegiado de autoconhecimento. Na perspectiva da antropologia interpretativa esse estado de ansiedade revela a procura de um novo significado de vida e trata-se de um problema existencial, não somente um problema biológico ou comportamental, instalado na interseção entre a saúde e a vida humana. Nos limites das definições, constitui um espaço de reflexão com importantes implicações no campo da prática médica.

Para Caprara (2003), o fato de a medicina ocidental ser considerada área das ciências naturais, faz com que os seres humanos sejam, frequentemente, muito analisados do ponto de vista biológico. Todavia, a perspectiva interpretativa vê os indivíduos como capazes de superar os limites biológicos do corpo e as explicações biomédicas do homem, considerando-os sujeitos que refletem e vivenciam a experiência subjetiva, no processo saúde-doença. Para os empiristas, as conclusões dessa abordagem não podem ser demonstradas cientificamente, e como não se encaixam nos limites do verdadeiro, nem do falso, são simplesmente sem sentido. Por outro lado, as ciências humanas afirmam que os racionalistas expressam mal a questão, porque também os resultados científicos devem ser interpretados e a maneira como

se aborda um problema tem influência sobre o método a ser escolhido considerando a impossibilidade de utilizar sempre o mesmo método científico, em diferentes áreas.

Uchôa e Vidal (1994) acreditam que a saúde de determinado sujeito (ou sociedade) é definida por seu modo de vida, ou seja, pelos costumes, regras, normas, valores e crenças. Coelho e Almeida Filho (2002) consideram que a experiência da doença e os padrões de saúde variam em diferentes sociedades e a posição socioeconômica e a subcultura de quem os concebe são fatores determinantes. Kleinman, Eisenberg e Good (1978) e Kleinman (1980) afirmam que a experiência da doença é moldada culturalmente e isso indica a maneira como a percebemos e buscamos superá-la. Ancorados nesses autores, podemos dizer: aprendemos a ficar doentes de acordo com o nosso meio social e ele influencia diretamente a forma como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição.

Em outras palavras, o fenômeno saúde-doença não pode ser entendido à luz, unicamente, de instrumentos da medicina, mas deve considerar a visão de mundo dos diferentes segmentos da sociedade, suas crenças e cultura. Significa dizer que nenhum ser humano deve ser observado apenas pelo lado biológico, mas percebido em seu contexto sociocultural. Lévi-Strauss (2003), ao estudar os povos ditos primitivos, contestando o racismo e a noção de rude, contribuiu veementemente para com a ideia de que os chamados selvagens não são atrasados, nem "menos evoluídos". Para ele, esses povos apenas operam com o pensamento mítico e, em termos de operações mentais, isso é comparável ao pensamento científico, diferindo apenas em relação a questões do determinismo cultural, geográfico e étnico. Para esse autor, os males que, atualmente, chamamos de psicossomáticos, representam grande parte das doenças em sociedades de baixo coeficiente de segurança e, frequentemente, cedem à terapêutica psicológica. É provável que os médicos primitivos, como seus colegas civilizados, curem, ao menos, parte dos casos tratados e que, sem essa eficácia relativa, não seriam conhecidos no tempo e no espaço.

Freud (1930[1929]) afirma que a civilização é em grande parte responsável por nossa desgraça, porque, descobriu-se que uma pessoa se torna neurótica por não poder tolerar a frustração que a sociedade lhe impõe, a serviço de seus ideais culturais. A palavra civilização, descreve a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuitos: o de proteger os homens contra a natureza e o de ajustar os seus relacionamentos mútuos. Sobre a maneira pelo qual são regulados os relacionamentos sociais (relacionamentos mútuos dos homens), "talvez possamos começar pela explicação de que o elemento de civilização entra em cena com a

primeira tentativa de regular esses relacionamentos sociais.” (FREUD, 1930[1929], p.101). A sublimação do instinto constitui um aspecto evidente do desenvolvimento cultural; é ela que torna possível às atividades psíquicas superiores, científicas, artísticas ou ideológicas, o desempenho de um papel tão importante na vida civilizada.

A civilização é construída sobre uma renúncia ao instinto, o quanto ela pressupõe a não satisfação (pela opressão ou repressão) de instintos poderosos. Essa frustração cultural domina o grande campo dos relacionamentos sociais entre os seres humanos. Como já sabemos é a causa da hostilidade contra a qual todas as civilizações têm de lutar. “Não é fácil entender como pode ser possível privar de satisfação um instinto. Não se faz isso impunemente. Se a perda não for economicamente compensada, pode-se ficar certo de que sérios distúrbios decorrerão disso.” (FREUD, 1930[1929], p. 104).

É necessário formular a questão do ponto de vista da relação entre o pensamento normal e o patológico e, quanto a isso, percebemos que em qualquer perspectiva não científica (e nenhuma sociedade pode ter a pretensão de não fazer parte disso), tais pensamentos não se opõem, eles se complementam. Diante de um universo que anseia compreender, mas não domina os mecanismos, a capacidade de reflexão dita normal busca o sentido das coisas nelas mesmas, que nada informam; já a reconhecida como patológica, transborda de interpretações e ressonâncias afetivas, pronta para aplicá-las sobre uma realidade de outro modo deficitária. Para o primeiro pensamento, existe o não verificável experimentalmente, isto é, o exigível; para o segundo, experiências sem objeto, ou o disponível. Na visão dos linguistas, diríamos que o pensamento normal sofre de uma deficiência de significado, enquanto o patológico (ao menos em algumas de suas manifestações) dispõe de um excedente de significante (Lévi-Strauss, 2003).

Considerando a diferença da explicação científica, não se trata de ligar estados confusos e desorganizados, emoções ou representações, a uma causa objetiva, mas sim, de articulá-los na forma de uma totalidade ou de um sistema válido precisamente na medida em que permite a precipitação, ou coalescência, desses estados difusos (e também penosos, em razão de sua descontinuidade). Esse último fenômeno é confirmado à consciência por uma experiência original, que não pode ser captada de fora: um paciente que compreende a situação relacionada à sua saúde/ doença, faz mais do que resignar-se. Ele fica curado! Nada de comparável ocorre com nossos doentes, quando se lhes explica a causa de seus problemas invocando secreções, micróbios e vírus. Contudo, a relação entre agentes patogênicos e doença é externa à psique humana e a prática cultural do paciente, é uma ligação de causa e efeito como dizem os linguistas, significante e significado (Lévi-Strauss, 2003). Como já

afirmamos, para tomar nossas decisões precisamos saber como nos sentimos a respeito das coisas e, para isso, precisamos de imagens públicas de sentimentos fornecidas pelos símbolos culturais.

Quando um paciente é exposto a uma linguagem na qual podem ser imediatamente expressos estados não formulados – e de outro modo informuláveis – é a passagem para essa expressão verbal (que, ao mesmo tempo, permite viver de forma ordenada e inteligível uma experiência atual, mas sem isso seria anárquica e indizível) que provoca o desbloqueio do processo fisiológico, isto é, a reorganização, num sentido favorável, para esse paciente. Sob esse prisma, a cura se situa a meio caminho entre nossa medicina orgânica e as terapêuticas psicológicas, como a psicanálise. Sua originalidade está em aplicar às desordens orgânicas um método muito próximo dessas últimas. Como isso é possível? O ser humano precisa entender o processo de saúde, por meio dos símbolos culturais inteligíveis no sistema cerebral. Só assim atingirá níveis de LS que poderão contribuir para promoção do seu bem-estar, mas de qualquer forma o resultado não será inteiramente positivo, pois a questão é até que ponto um indivíduo pode ser saudável em uma sociedade doente em aspectos estruturais, econômicos, ambientais?

3.2 LITERACIA PARA A SAÚDE E A SUSTENTABILIDADE: LACÔNICAS REFLEXÕES

Literacia para a saúde e sustentabilidade são dois termos que não possuem um único conceito devido a suas polissemias de entendimento, devido ao bilinguismo ou tradução de uma língua para outra, o que gera confusão nas explicações e aplicação superficial sobre os temas, as investigações devem reconhecer a existência de várias formas de sua utilização, apesar da ausência de consonância sobre o conceito, existe um entendimento consensual em relação à busca do equilíbrio entre as necessidades do ser humano e o meio ambiente, e, a necessidade de entender suas complexas interações dinâmicas, para aprofundar e ampliar seu significado.

Outro aspecto de consenso sobre os termos é que representam algo positivo e bom. As diversas discussões atreladas aos termos sustentável, sustentabilidade, desenvolvimento sustentável e, literacia para a saúde ocorrem visando à obtenção do bem-estar do homem em harmonia com o planeta terra.

Segundo Feil e Schreiber (2017) o termo sustentável pode ser conceituado como uma espécie de “guarda-chuva”, que apoia ou abrange a ideia de sustentabilidade e

desenvolvimento sustentável, tendo como base a preocupação com a existência futura de recursos naturais para viabilizar a continuação da vida humana.

O entendimento nesta pesquisa é que a sustentabilidade busca a qualidade de um sistema integrado entre o ambiental e o humano, envolvendo questões culturais, sociais e econômicas daquele momento em que estamos avaliando determinada situação. O mesmo acontece com a capacidade de literacia para a saúde, não é constante e está em movimento como a sociedade, isto é, a sustentabilidade e a LS são um sistema dinâmico e complexo, porque os modos de vida em sociedade não são algo de unívoco, estritamente autocontido e definitivo, pois, dependem dos recursos disponíveis (culturais ou materiais) e podem mudar com o tempo. Há conjuntos de práticas cotidianas e estratégias de vida que conseguem se desenvolver e, do mesmo modo, outros aos quais não se tem acesso, embora façam parte do quadro de necessidades e de possibilidades do mundo social com o qual as pessoas estabelecem interação cada vez mais ampla e intensa (BENAVENTE, 1996).

A relação entre a sustentabilidade ambiental e a literacia para a saúde faz, também, apoiados em Howard (2007), que aponta a afinidade entre a saúde humana e as condições do meio ambiente, por exemplo, a utilização indevida de insumos químicos e agrotóxicos que é duramente condenada pelo autor, pois, percebeu na sabedoria camponesa a capacidade de manter a fertilidade do solo por sucessivas gerações através de procedimentos simples. Suas formulações irônicas e críticas foram endereçadas aos procedimentos considerados “científicos” que omitiam um tratamento mais holístico ao ambiente agrícola.

Howard (2007) alertava que na implantação da tecnificação havia uma sedução pela temporária ilusão de que a agricultura poderia ser um negócio proveitoso. No momento seguinte começava-se a perceber, contudo, o aumento de doenças pela maciça utilização de adubos químicos e pelo esgotamento das reservas naturais. Foi durante os estudos com as formas de compostagem que Howard (2007) observou que a base da saúde e da resistência às enfermidades estava intimamente relacionada à fertilidade do solo. Howard (2007) acreditava que existiam evidências suficientes de que produtos saudáveis seriam de grande valia para o bem-estar da humanidade. Ao concluir seu trabalho aventurou-se a prever que, pelo menos, a metade das doenças humanas desapareceria se os suprimentos alimentares passassem a ser produzidos em solos férteis e consumidos em estado natural, em analogia com relação ao Brasil e a liberação indiscriminada de agrotóxicos, não sabemos informar se é uma problemática relacionada a literacia para a saúde, por parte do governo, ou uma ação deliberada de acumulação de capital e uso da ciência para produzir novas variedades de altos rendimentos para o agronegócio.

E a expressão, desenvolvimento sustentável, não adverte somente em relação aos danos causados por poluição e erosão do solo de um lado, e da pobreza, do outro, como se fossem fenômenos independentes (Vecchiatti, 2004). Sob essa ótica, o desenvolvimento desejável propõe uma conciliação entre progresso e crescimento econômico à saúde e, por conseguinte, à literacia, por uma dimensão social, cultural e pessoal. Além disso, a busca por sustentabilidade requer a articulação com três registros ecológicos: do meio ambiente, das relações sociais e da subjetividade humana (Vecchiatti, 2004). Portanto, o conhecimento e a percepção da sociedade acerca da sua história, sua situação presente e seu rumo futuro não significam um passo para uma ação coletiva transformadora, mas uma tomada de consciência, ainda que individual, para decisões que privilegiam saúde, meio ambiente, desenvolvimento e liberdade.

A ênfase na cultura como fator de sustentabilidade é fundamental, porque, na medida em que o indivíduo se conscientiza da repercussão de seus atos, nas gerações futuras, e se preocupa com isso, desenvolve-se, nessas gerações, uma inquietação que as torna capazes de enxergar uma responsabilidade comum. Para alcançar esse estado ideal, entretanto, o desenvolvimento cultural deve partir do reconhecimento dos cenários nos quais os atores sociais interagem, constroem espaços e mudam os valores e os olhares sobre a vida em sociedade.

Incentivar o desenvolvimento da cultura é compreendê-la como um processo de criação de significados que oferece sentido ao modo de vida das comunidades humanas (Vecchiatti, 2004). Alinhado a isso, pensar na cultura como fator de crescimento significa valorizar identidades individuais e coletivas; promover a coesão em comunidades e levar em consideração que suas características podem ser fator de crescimento em determinado território. Esse pensamento valoriza o que cada lugar tem e potencializa também, por meio da capacidade de LS, em seu aspecto global a sustentabilidade cultural, social e ambiental.

E vale destacar que o desenvolvimento sustentável não existe conforme o seu conceito no planeta terra e, assim como a literacia para a saúde, não depende apenas de uma mudança de atitude individual para atingir níveis de qualidade de vida, por mais que um sujeito tome uma atitude de promover sua saúde e mantenha costumes sustentáveis, o impacto para o sistema de saúde e o ambiental é insignificante.

Segundo um texto de Jensen⁸ mesmo que todas as pessoas nos Estados Unidos mudassem seus hábitos para atitudes ecológicas, as emissões de carbono teriam uma redução

⁸ Disponível em <https://orionmagazine.org/article/forget-shorter-showers/> Acesso em 10 de janeiro de 2020.

de apenas 22% e o consenso científico é que as emissões devem ser reduzidas pelo menos em 75%. E em relação à água mais de 90% é utilizado pela agricultura e indústria. Os restantes 10% são divididos entre os municípios e a vida dos seres humanos individuais.

As pessoas e os peixes não estão morrendo porque o mundo está ficando sem água. Eles estão morrendo porque a água é que está sendo usurpada. Assim, o desenvolvimento sustentável depende da literacia, da literacia política e coletiva de mudança de rumos econômicos, e, também, da literacia para a saúde, um planeta sem água, rios e peixes se torna impossível para um humano promover sua saúde mesmo com a mais alta LS, mas a questão não é somente particular e sim das grandes indústrias, dos governos e da fiscalização de toda a sociedade contra crimes ambientais⁹.

Retomando Geertz (2008) e Lévi-Strauss (2003) após essa vitória nas linhagens dos termos conceituais, concluímos que as capacidades que contribuem para o desenvolvimento da literacia para a saúde e da sustentabilidade são a educação, a cultura e a linguagem, com foco para o desenvolvimento da comunicação e da interpretação no que diz respeito à transmissão de informação e aplicação concreta desses conhecimentos relativos à saúde, ou seja, o que apontamos no item 2.1 sobre, como desenvolver literacia, expandindo, neste caso, o entendimento para a saúde universal, pública e coletiva de responsabilidade da sociedade e do Estado em promover símbolos promotores do bem estar em sentido amplo.

Resumindo os apontamentos teóricos - estamos discutindo que o ser humano precisa da palavra, da linguagem (cultura) - para conseguir interpretar uma dada realidade e tomar uma decisão (literacia), com relação à saúde e o desenvolvimento sustentável as expressões existem e fazem parte do cotidiano, mas devido as suas polissemias não são interpretáveis pelo cérebro humano, porque, não formam símbolos culturais e, portanto, bloqueia o reconhecimento e a decodificação para uma ação prática.

O que veremos a seguir são os métodos desta pesquisa, nossa tarefa foi descobrir as estruturas conceituais que informam os atos dos nossos sujeitos, o "dito", no discurso social, e construir um sistema de análise em cujos termos que é genérico a essas estruturas, o que pertence a elas e porque são o que são, destacam-se contra outros determinantes do comportamento humano. O objetivo foi tirar grandes conclusões a partir de fatos pequenos, mas densamente entrelaçados, apoiando amplas afirmativas sobre o papel da cultura, na construção da vida coletiva, e empenhando-as exatamente em especificações complexas.

⁹ Faz um ano do maior crime ambiental no Brasil, 278 pessoas foram mortas e rios poluídos por mineiros de ferro, devido, o rompimento da barragem da empresa Vale, que até o momento ninguém foi punido. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/01/um-ano-apos-tragedia-bombeiros-ainda-peneram-lama-em-brumadinho.shtml> Acesso 18 de janeiro de 2020.

4 MÉTODOS DA PESQUISA

Por meio de entrevistas semiestruturadas audiogravadas, dez professores de um programa de pós-graduação em educação, de uma universidade pública federal brasileira, participaram respondendo a um questionário adaptado culturalmente e validado, no Brasil, a pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética (Anexo A). O método durante o processo de investigação foi da observação participante que perduraram por oito meses (abril de 2019 a dezembro de 2019) e aconteceu nas instalações da própria instituição. Aos entrevistados foi explicado o objetivo da pesquisa e cada um assinou o termo de consentimento (Anexo B).

4.1 INSTRUMENTOS

O questionário fechado aplicado HLS-EU-PT (Anexo C) integra três domínios: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção contra doença e, quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada de decisão para a saúde – acesso, compreensão, avaliação e utilização, um total de 91 perguntas fechadas. Desta forma, o HLS-EU-PT reflete a interação entre as competências individuais e as complexidades situacionais, buscando identificar um conjunto de competências básicas como o conhecimento e informação, competências cognitivas, competências sociais, estilos de vida, atitudes, valores e motivação.

Também foram elaboradas e incluídas ao questionário HLS-EU-PT, pela autora, 20 perguntas abertas (Apêndice A), com objetivo de refletir sobre o ambiente de trabalho na pós-graduação e seus entendimentos mais profundos da relação meio social, cultura e impacto na saúde, as respostas estão transcritas conforme a convenções do PETEDI (Grupo de Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia) relacionadas ao material oral (Anexo D).

4.2 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Das 91 perguntas fechadas do questionário HLS-EU-PT, 47 questões utilizam uma escala de quatro pontos, em que o indivíduo auto se avalia com relação à dificuldade sentida

na execução de tarefas relevantes na área da saúde. A escala de Likert¹⁰ usada consiste nas opções: 1- Muito Fácil, 2- Fácil, 3- Difícil e 4- Muito Difícil, havendo uma quinta alternativa que corresponde ao “Não Sabe/Não Responde”.

Para cada dimensão considerada na LS, os indicadores principais foram: Cuidados de Saúde (16 itens), Prevenção da Doença (15 itens) e Promoção da Saúde (16 itens). Nestes e em relação aos quatro níveis de processamento da informação, do “acesso” fazem parte 13 itens, da “compreensão” 11 itens, da “avaliação” 12 itens e da “aplicação” da “informação” 11 itens, distribuídos pelas 47 questões, existindo um número mínimo de respostas válidas para o cálculo da escala.

Para o cálculo dos índices do questionário fechado os itens são invertidos. Assim, valores mais elevados demonstram maior literacia para a saúde com os seguintes valores numéricos: 1= muito difícil; 2= difícil; 3= fácil; 4= muito fácil. Para simplificar comparações, foram normalizadas numa métrica entre 0 e 50, com a seguinte fórmula: $Index = (média - 1) (50 / 3)$. Os dados foram transferidos para uma tabela de excel pela autora e enviados ao setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, que fez os cálculos conforme orientando pelo protocolo de análise do questionário (Anexo E) e os gráficos das perguntas 1 a 47.

Durante o processo investigativo e para análise das 20 perguntas abertas foi utilizada a observação-participante, citando Brandão (1999) esse método, no qual ocorre um entrelaçamento de atores-autores, é um momento de obtenção de conhecimento, pois, mesmo havendo diferenças essenciais de saberes, todos aprendem uns com os outros e uns, por meio dos outros.

A observação-participante, referenciada pela Escola Interpretativa Norte Americana de Geertz, busca analisar os comportamentos com exatidão, por meio do fluxo de comportamento (ação social) que os sujeitos encontram em articulação. Essa análise é da avaliação das conjunturas de forma interpretativa, cujo objeto é o movimento do discurso social acompanhado do registro descritivo e da descrição microscópica.

¹⁰ Escala tipo *Likert* é composta por um conjunto de frases (itens) que se pede ao sujeito que está sendo avaliado para manifestar o grau de concordância desde o *discordo totalmente* (nível 1), até ao *concordo totalmente* (nível 5, 7 ou 11). Mede-se a atitude do sujeito somando, ou calculando a média, do nível selecionado para cada item. Inicialmente Likert propôs um método de cálculo do resultado final através de uma média ponderada das respostas dadas, atribuindo em cada item um peso a cada nível de concordância expresso pelo sujeito. Esses pesos são calculados de acordo com a assumpção de que está subjacente à atitude uma distribuição normal e tomando como referência as frequências de resposta quando da aferição da escala. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1229/1/18914_ULFC072532_TM.pdf Acesso 19 de janeiro de 2020.

Principia-se com as próprias interpretações do que pretendem nossos informantes, ou do que achamos que eles pretendem, e depois passamos a sistematizá-las (GEERTZ, 2008). Não é o nosso interesse retirar da conduta humana justamente as propriedades que nos interessam, antes de começar a examiná-las. Desse modo, foi observado o comportamento com exatidão, pois é através do seu fluxo que as formas encontram articulação. Quaisquer que sejam, ou onde quer que estejam esses sistemas de símbolos, o objetivo é ganhar acesso empírico a eles, inspecionando os acontecimentos e não arrumando em entidades abstratas e padrões unificados.

Vale destacar que a coerência não é o principal teste de validade de uma descrição, mas deve apresentar um grau mínimo. A força de nossas interpretações não pode repousar na rigidez que as mantém, ou na segurança dos argumentos. “Creio que nada contribuiu mais para desacreditar uma análise do que a construção de representações impecáveis de ordem formal, em cuja existência verdadeira praticamente ninguém pode acreditar” (GEERTZ, 2008, p.13).

Uma boa interpretação leva ao cerne do que se propõe compreender, mas a situação é delicada, pois o que inscrevemos (ou tentamos fazê-lo) não é o discurso social bruto do qual não somos atores e ao qual não temos acesso direto, a não ser marginalmente, ou muito especialmente, mas apenas àquela pequena parte dele que os nossos informantes permitem compreender. Isso torna a visão da análise antropológica, como manipulação conceitual dos fatos descobertos e uma reconstrução lógica de uma simples realidade, parecer um tanto incompleta.

Apresentar cristais simétricos de significado purificados da complexidade material, na qual foram localizados e, depois, atribuir sua existência a princípios de ordem autógenos, atributos universais da mente humana, ou vastos, *a priori*, é pretender uma ciência que não existe e imaginar uma realidade que não pode ser encontrada.

A análise cultural desenvolvida nesta pesquisa é “uma adivinhação dos significados, uma avaliação das conjeturas, um traçar de conclusões explanatórias a partir das melhores conjeturas e não a descoberta do continente dos significados e o mapeamento da sua paisagem incorpórea” (GEERTZ, 2008, p.14).

O importante, nos “achados”, é sua especificidade complexa e sua circunstancialidade. É justamente com essa espécie de material produzido por um trabalho quase obsessivo de peneiramento, em longo prazo, altamente participante e realizado em contextos confinados, que os significados podem adquirir toda a espécie de atualidade sensível, possibilitando pensar não apenas realística e concretamente sobre eles, mas, de modo mais importante,

criativa e imaginativamente com eles. Assim, os fatos pequenos podem relacionar-se a grandes temas.

Deve-se admitir que há uma série de características nesta interpretação cultural, que torna ainda mais difícil o seu desenvolvimento teórico. A primeira é a necessidade de a teoria conservar-se mais próxima do terreno, ao contrário de algumas ciências mais capazes de se abandonarem a uma abstração imaginativa. Somente pequenos voos de raciocínio tendem a ser efetivos; os mais longos estão propensos a se perder em sonhos lógicos e em embrutecimentos acadêmicos, com simetria formal.

O ponto global da abordagem semiótica da cultura, utilizada para interpretação da pesquisa, auxilia-nos a ganhar acesso ao mundo conceitual no qual vivem os sujeitos pesquisados, num sentido um tanto mais amplo que simplesmente conversar com eles. A tensão entre as necessidades de apreender, de analisar e de penetrar num universo não familiar de ação simbólica e as exigências do avanço técnico na teoria da cultura é grande e basicamente irremovível.

Com efeito, quanto mais longe vai o desenvolvimento teórico, mais profunda se torna a tensão. Essa é a primeira condição para a teoria cultural: não é seu próprio dono. Como não se pode desligar das imediações que a descrição minuciosa apresenta, sua liberdade de modelar-se, em termos de uma lógica interna, é muito limitada. Qualquer generalidade que consegue alcançar surge da delicadeza de suas distinções e não da amplidão das suas abstrações (GEERTZ, 2008).

A análise cultural separa-se numa sequência desconexa e, no entanto, coerente de incursões cada vez mais audaciosas. Os estudos constroem-se sobre outros estudos, não no sentido de que retomam no ponto deixado por outros, mas de que, melhor informados e conceitualizados, eles mergulham mais profundamente nas mesmas ideias. Cada análise cultural séria começa com um desvio inicial e termina aonde consegue chegar, antes de exaurir seus impulsos intelectuais.

Fatos anteriormente descobertos são mobilizados; conceitos desenvolvidos antes são usados; hipóteses já formuladas são testadas. Entretanto, o movimento não parte de teoremas comprovados para outros recém-provados e, sim, do tateio desajeitado pela compreensão mais elementar, para uma alegação comprovada de que alguém os alcançou e os superou. Um estudo é um avanço quando é mais incisivo – independente do que isso signifique – do que seus precedentes, mas ele se conserva menos nos ombros, do que corre lado a lado, desafiado e desafiando. (GEERTZ, 2008)

Generalizar, dentro dos casos, é chamado, habitualmente, pelo menos em medicina e em psicologia profunda, de inferência clínica. Em vez de iniciar com um conjunto de observações e tentar subordiná-las a uma lei ordenadora, essa inferência começa com um conjunto de significantes (presumíveis) e tenta enquadrá-los de forma inteligível. As medidas são calculadas para as previsões teóricas, mas os sintomas (mesmo quando mensurados) são escrutinados em busca de peculiaridades teóricas, isto é, eles são diagnosticados.

No estudo da cultura, os significantes não são sintomas ou conjuntos de sintomas, mas atos simbólicos ou conjuntos de atos simbólicos, e o objetivo não é a terapia e, sim, a análise do discurso social. Entretanto, a maneira pela qual a teoria é usada para investigar a importância não aparente das coisas é a mesma. Isso não significa que a teoria deva apenas se ajustar a realidades passadas ou, mais cautelosamente, a gerar interpretações convincentes; ela tem que sobreviver intelectualmente às realidades futuras. O arcabouço teórico, em termos da nossa interpretação, deve ser capaz de continuar a render compreensões defensáveis, à medida que surgem novos fenômenos sociais.

Tal visão de como a teoria funciona numa ciência interpretativa sugere que a diferença relativa, em qualquer caso, surge nas ciências experimentais ou observacionais, entre "descrição" e "explicação". Para nós, aparece, de forma ainda mais relativa, entre "inscrição" ("descrição densa") e "especificação" ("diagnose"), ou seja, anotar o significado das ações sociais particulares, para os atores e afirmar, tão explicitamente quanto nos for possível, que o conhecimento atingido, demonstra sobre a sociedade na qual está inserido e, além disso, sobre a vida social como tal.

4.3 O CAMPO DA PESQUISA

Segundo Bordieu (2004), o campo se refere ao espaço das relações objetivas e é formado por agentes, instituições ou grupos. Entretanto, não se constitui de maneira deliberada, mas de acordo com as relações entre agentes individuais e coletivos; portanto, é um espaço de luta entre os agentes, com diferentes graus de força entre eles e diferentes possibilidades de sucesso. Resultam desses embates as modificações ou a manutenção das regras de um determinado campo. O campo é o local onde se trava uma batalha concorrencial entre os dominantes e os dominados, candidatos que desejam romper com o ciclo dominante e conquistar o capital simbólico para manter hegemonia. Essa disputa constante proporciona a dinâmica e a vida do campo. O campo desta pesquisa é um programa de pós-graduação em

educação de uma Universidade Federal brasileira que será mantido seu anonimato por garantias éticas, com objetivo de preservação dos dados para não identificar os participantes e a instituição, garantindo, especialmente, a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

4.3.1 Contextualização do campo da pesquisa: A Pós-Graduação no Brasil

Compreendendo a pós-graduação como o grau mais elevado, no sistema educacional da educação superior brasileira, pouco discutida no campo da formação docente, ainda que seja a única meta cumprida no Plano Nacional de Educação¹¹, realizamos aqui um mapeamento, em periódicos publicados pela Revista Brasileira de Pós-Graduação e pela Rede Universitas/ Br, no portal do INEP e CAPES (Plano Nacional de Pós-Graduação 2011 - 2020, Plataforma Sucupira e Infocapes). Para, além disso, os estudos de Almeida (2017) e as produções acadêmicas de Martins (2002 e 2003), Masetto (2012), Anastasiou (2002) Zabalza (2004), Mancebo (2004), Gatti, UNESCO (2011), Santos (2008) e Severino (2008), com busca pelas palavras-chave: história da pós-graduação, formação docente na pós-graduação, campo de trabalho na pós-graduação.

O recorte desse mapeamento foi feito para responder perguntas sobre o processo de formação, nos programas de pós-graduação, no que se refere ao desenvolvimento de pesquisa e ao impacto, para a educação brasileira, da formação de professores para analisar a literacia para a saúde. Organizamos a contextualização da história da pós-graduação, a partir da interpretação dialética da pesquisa de Almeida (2017), que soluciona lacunas de estudiosos do tema, sobre o início da pós-graduação no Brasil, uma vez que diversos autores, assim como no portal da CAPES, tratam, com normalidade, dois momentos distintos de constituição da pós-graduação,

suas origens ora são remetidas ao Decreto n.º 19.851, de 1931, que organizou pela primeira vez o ensino superior em nosso país num modelo universitário, ora são remetidas ao Parecer n.º 977/65 de Newton Sucupira que a conceituou. Como algo pode ser originado duas vezes? E repetido por sujeitos diferentes tantas vezes? Isso para nós se colocou como um problema, visto que os argumentos encontrados não explicavam satisfatoriamente essa dupla origem (ALMEIDA, 2017, p.17).

¹¹ Somente a meta 13, na qual, pelo menos 75% dos professores da educação superior devem ser mestres e 35% doutores, foi concluída.

Optamos pela temática da pesquisa abordando o campo da historiografia própria do objeto, o apontamento de fontes documentais distintas em obras já publicadas e, principalmente, a demonstração clara, por meio de dados quantitativos e qualitativos, de que a história da pós-graduação no Brasil não foi, até o momento, alvo de investigação:

[...] por meio de um instantâneo da maior vitrine de pesquisadores do Brasil, que é o Diretório do Grupo de Pesquisas do CNPq; na revisão da literatura que efetuamos, pudemos perceber que a pós-graduação tomada numa reflexão historiográfica também merece investimentos por parte dos pesquisadores da história e/ou da história da educação (ALMEIDA, 2017, p.32).

Organizamos tal estudo, no formato com que os próximos questionamentos abordassem a formação docente na pós-graduação, desenhada por meio do mapeamento, como estado do conhecimento, em obras e em periódicos de portais exclusivos com o descritor “pós-graduação”. Por último, tratamos das perspectivas atuais, partindo de uma análise crítica dos investimentos e das políticas públicas em curso, no Brasil, com base no Plano Nacional de Pós-Graduação.

4.3.2. Historiografia da Pós-Graduação brasileira

Neste tópico, a pesquisa de Almeida (2017) traz um trabalho crítico sobre a história da pós-graduação no Brasil. Com a orientação do Professor Doutor Dermeval Saviani, a tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), marca em nossa opinião uma ruptura sobre os estudos da origem desse segmento acadêmico, por apresentar informações, nunca antes abordadas em uma pesquisa sobre o tema.

Almeida, com base em Hobsbawm, conclui que a pós-graduação instituiu-se no Brasil como uma “Tradição Inventada”, e, até a década de 1960, não era correto admitir que a pós-graduação estivesse estabelecida no Brasil. Para sustentar que não podemos assumir o discurso no qual a primeira fase da pós-graduação brasileira é remetida ao período de 1930, como afirmam diversos autores do tema, a autora descreve minuciosamente os programas de pós-graduação e as pesquisas realizadas no contexto nacional e, assim, conclui que:

esse período de 1930 é um marco específico desse itinerário de produção do que veio a ser a pós-graduação em nosso país, mas não que nesse período já tínhamos a pós-graduação. Fica claro na análise organizacional de configuração de nosso ensino superior de cunho universitário que a questão que se colocava naquele momento de

modo premente, a novidade presente na legislação de 1931, era a questão da pesquisa, e não de uma suposta “pós-graduação” (ALMEIDA, 2017 p. 106).

A autora ainda complementa que mesmo alguns cursos de doutorado, na década de 1930, como os da USP e da Universidade do Brasil, mencionando a pós-graduação, não é possível afirmar sua existência como tal:

pois a pós-graduação como a conhecemos, nos últimos 50 anos, em nosso país, foi fruto de uma conjuntura que, referente ao projeto de universidade para o Brasil, demandou para estas, reformas significativas no que até então compreendíamos como universidade. Pesquisa e a pós-graduação no Brasil, são duas histórias que não se confundem e que a familiaridade com que encaramos essas duas questões, tem naturalizado essa relação que, quando examinada mais de perto, principalmente na perspectiva da história da pesquisa e da história da pós-graduação no Brasil, revela descompassos importantes que merecem investigação (ALMEIDA, 2017, p.109).

O objetivo é a desconstrução, ou melhor, a reconstrução sobre a ideia de quando a pós-graduação *stricto sensu* surge no Brasil para nortear nossos estudos, delimitando cronologicamente a pesquisa sobre o tema. A proposta de Almeida é realizar um rompimento com a visão natural da relação universidade, pesquisa e pós-graduação, uma vez que o desenvolvimento da pesquisa não resulta da pós-graduação e sabemos que sua incorporação, nas universidades, tem sua origem na concepção alemã, do século XIX, com as reformas *humboldtianas*, que pregavam a íntima articulação entre o ensino e estudos metodológicos.

Com o objetivo de renovação tecnológica e o esforço de eliminar a dependência e estruturar a autonomia nacional, depositaram na instituição de ensino superior as tarefas de integração nacional e de incorporação da cultura alemã à civilização industrial, originando uma universidade voltada para a resolução dos problemas nacionais, mediante a ciência, em dois espaços de atuação: os institutos, visando à formação profissional, e os centros de pesquisa, regidos com autonomia e dentro de um processo cooperativo entre docentes e discentes (ANASTASIOU, 2017, p. 151).

Fica claro que pesquisa e pós-graduação são ações que se completam, mas é fundamental compreendermos quando o Brasil encara sua pós-graduação, em um exercício mínimo de autonomia do conhecimento. Segundo Almeida, o modelo construído aqui foi pelo viés norte-americano, internalizado e assumido como natural, desenvolvendo-se numa concepção unificadora e centralizadora e sua institucionalização ocorreu em 1965, quando o Ministro da Educação pediu ao Conselho Federal de Educação que regulamentasse os cursos de pós-graduação e foi atendido pelo Parecer Sucupira:

tais afirmativas nos dão indubitavelmente a importância do Parecer Sucupira para a compreensão que temos hoje do que vem a ser pós-graduação no Brasil, ou seja, sem

sombra de dúvidas, no que se refere à história da pesquisa e da pós-graduação, existe um antes e um depois do Parecer n.º 977 de Sucupira, não apenas do ponto de vista das conceituações que o parecer traz para a matéria, mas principalmente, por instituir novas práticas referentes ao processo de titulação de quadros, de formação de pesquisadores e de produção de conhecimento (ALMEIDA, 2017, p. 37).

O parecer Sucupira é o marco para compreendermos a normatização do grau acadêmico de especialização no Brasil. Mais uma vez, imersos na pesquisa de Almeida, por ser um tesouro no fundo do oceano em meio a esse pélagos que precisa ser explorado, a autora faz uma análise precisa do nascimento do Parecer Sucupira relacionando-o à reconfiguração das bases econômicas brasileiras que demandaram a instituição do sistema de ensino superior como a expressão mais desenvolvida de instituição educacional da sociedade burguesa: a universidade de pesquisa.

Dessa forma, a pós-graduação é o ponto de inflexão da Reforma Universitária, um processo a caminho desde a década de 1930, mas que se efetua como movimento normativo na década de 1960, principalmente após o Golpe Militar de 1964, quando o alinhamento do novo governo ao capital internacional insere as relações de financiamento externo, desencadeadas pela intervenção norte-americana na América Latina, onde o Brasil era a maior fronteira atlântica a ser defendida do comunismo russo e cubano (ALMEIDA, 2017).

Nesse aspecto, é necessário jogar luzes à LDB, de 1961, para compreendermos esse mar envolto a ondas de uma democracia restrita, expressão direta das contradições do pensamento liberal, em nosso país, expressas no âmbito do debate da LDB, que se deu no confronto entre os defensores da escola particular e os defensores da escola pública.

A Lei 4.024, de 22 de dezembro de 1961 (LDB), em seu artigo 69 dispunha de uma referência à pós-graduação, mas com formulação genérica e deixando, assim, aos órgãos acadêmicos competentes as definições necessárias, acendendo um campo para o crescimento das instituições privadas, os legisladores simplesmente suprimem do texto da Lei o curso de doutorado.

Como referência mais avançada, naquela época e na anterior (década de 1940), a Universidade de Brasília faz a LDB avançar no que se refere à instituição da pós-graduação. Efetivamente é a primeira instituição que não resulta de aglomeração de escolas e dentre seus principais idealizadores estão Darcy Ribeiro e Anísio Teixeira, com uma proposta estrutural e organizacional completamente inédita na história do ensino superior brasileiro. Dessa maneira, a UnB se constituiu mais célere que a própria LDB e se materializa na onda desenvolvimentista de Juscelino, empenhado em transferir a capital federal para o planalto central do Brasil (ALMEIDA, 2017).

Mas, com a lacuna da LDB de 1961, que deixou pontos abertos ao setor privado e à inovação única e exclusiva da UnB para desenhar um sistema de pós-graduação no Brasil, o nosso modelo, como já falamos, não foi definido nem pelos legisladores, nem pela Universidade de Brasília, mas pelo viés norte-americano:

As negociações com os EUA que envolviam o ensino superior já estavam em curso desde a década de 1950, principalmente nas parcerias com universidades onde acordos eram firmados de universidade a universidade, mas a discussão efetiva e orgânica sobre o ensino superior como um todo com os EUA começou a se dar no contexto das políticas da “Aliança para o Progresso”, que por meio da United States Agency for International Development (USAID), criada para se constituir como agência de desenvolvimento, vinculada ao Departamento de Estado norte-americano, tinha como objetivo ser a instância operacional de distribuição dos recursos previstos para a ajuda externa global americana visando o desenvolvimento dos países da América Latina (ALMEIDA, 2017, p. 142).

O primeiro grupo de consultores americanos chega ao Brasil três dias após o Comício da Central¹² e três dias antes da Marcha da Família com Deus¹³. É nessa primeira “missão USAID”, em 16 de março de 1964, que se dá a invenção da pós-graduação no Brasil, e com esse grupo de consultores, um ano depois, materializam-se: o Parecer de n.º 977, de 3 de dezembro de 1965, elaborado por uma comissão do Conselho Federal de Educação e conhecido pelo nome de seu relator, Newton Sucupira, e a Lei n.º 4.881-A, de 6 de dezembro de 1965, do Estatuto do Magistério.

Podemos afirmar que, respeitadas as diversas conjunturas efetivadas de 1965 até hoje, ainda vivemos nesse formato de pós-graduação instituído pelos norte-americanos. Importante considerar o dito até agora para avançarmos no lago turvo da formação docente, pois estamos num campo de estudo com pouco tempo de institucionalização (indicativo cronológico), que

¹² Concentração realizada no Rio de Janeiro no dia **13 de março de 1964**, em frente à estação ferroviária Central do Brasil, no Rio de Janeiro. O Comício das Reformas, também conhecido por Comício da Central, reuniu cerca de 150 mil pessoas, incluindo membros de entidades sindicais e outras organizações de trabalhadores, servidores públicos civis e militares, estudantes etc e tinha por meta demonstrar a decisão do governo federal de implementar as chamadas reformas de base e defender as liberdades democráticas e sindicais (Fonte: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/AConjunturaRadicalizacao/Comicio_das_reformas. Acesso em 22 jan. 2019).

¹³ Movimento surgido em março de 1964 e que consistiu numa série de manifestações, ou "marchas", organizadas principalmente por setores do clero e por entidades femininas em resposta ao comício realizado no Rio de Janeiro em 13 de março de 1964, durante o qual o presidente João Goulart anunciou seu programa de reformas de base. Congregou segmentos da classe média, temerosos do "perigo comunista" e favoráveis à deposição do presidente da República. A primeira dessas manifestações ocorreu em São Paulo, **a 19 de março de 1964**, no dia de São José, padroeiro da família (Fonte: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/AConjunturaRadicalizacao/A_marcha_da_familia_com_Deus acesso em 22 jan. 2019).

surgiu com a orientação do capital estrangeiro, fundado na base do interesse econômico brasileiro, dentro de um contexto de debilidade democrática.

4.3.3. Formação Docente na Pós-Graduação no Brasil

O tema em questão é discutido com ênfase na formação docente para educação básica e ensino superior (formação inicial), mas, nos programas de pós-graduação *stricto sensu*, é como tentar achar uma moeda no fundo de um rio, ora reproduzindo autores clássicos da educação, ora reafirmando que a pós-graduação está para a pesquisa e não para a formação, docente em uma linha indicativa da pedagogia. Nosso desafio é mergulhar nas procedências e não repetir o dito, ou, simplesmente, as lacunas da LDB referentes à pós-graduação.

Para tanto, vamos buscar na sociologia e na história outra leitura sobre o tema, mas mantendo as fontes de referência na educação no Brasil. Nossa proposta não é citar programas e / ou políticas públicas em curso, muito menos reafirmar que a formação docente no ensino superior ocorre pela socialização e por programas de formação pedagógica. O objetivo é tentar identificar a pós-graduação (como fizemos anteriormente) e assim, na construção de um pensamento dialético, enxergar a moeda no fundo do rio: a formação dos docentes na pós-graduação.

Conforme a contextualização histórica, no capítulo anterior, começamos a discutir a formação docente a partir de 1965, quando o Ministro da Educação solicitou, ao CFE, a regulamentação que apontava os três motivos fundamentais para que o sistema de cursos de pós-graduação fosse instaurado: a) formar professores competentes para atender à expansão quantitativa de nosso ensino superior, garantindo, ao mesmo tempo, a elevação dos atuais níveis de qualidade; b) estimular o desenvolvimento da pesquisa científica, por meio da preparação adequada de pesquisadores; c) assegurar o treinamento eficaz de técnicos e trabalhadores intelectuais do mais alto padrão face às necessidades do desenvolvimento nacional em todos os setores (CUNHA, 1974).

O objetivo da pós-graduação, em sua gênese, era, entre outros, formar professores para: atenderem a uma nova demanda do ensino superior, rompendo com a instrução por mecanismos espontâneos, e atuarem no mercado em expansão, com êxito para a pesquisa. Se, no primeiro momento, o destaque foi dado à docência nos níveis superiores, abriu-se o caminho para os programas de ciência e tecnologia, exigidos pelo país, na época.

Reiterando que a criação da pós-graduação, no Brasil, tem suas bases nos interesses econômicos, concluímos que se a formação de professores de graduação, para o ensino pós-graduado era prioritária, o atendimento direto às empresas e ao serviço público também o era e, assim, consolidava-se a inserção de mestres e doutores no mercado.

No final das contas, há um único objetivo a ser atingido: a formação de recursos humanos tal, como exigidos pela economia na década de 1960. Essa unidade de objetivo fica mais clara se prestarmos atenção na primeira composição do Conselho Nacional de Pós-Graduação, que inclui, além do ministro e de diretores de diversos órgãos ligados à educação, o Secretário do Planejamento e o Presidente do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (CUNHA, 1974).

Conclui-se que os cursos de pós-graduação são para os consumidores, empresas e governo, constituídos dos produtos das pesquisas em ciências aplicadas. Há, então, duas formas pelas quais essas empresas e o governo se beneficiam com tais cursos a utilização de profissionais com graus de mestre e doutor o aproveitamento das pesquisas de docentes e estudantes que lhes permitam otimizar a sua atividade própria.

Segunda Cunha, (1974) a formação docente originou-se por uma tentativa de evitar a inserção das massas em todas as instâncias das graduações, fato que pode ser confirmado pela declaração do Ministro da Educação, ao Jornal do Brasil, sobre o projeto de criação do Conselho Nacional de Pós-Graduação: “No ensino superior moderno, cuja tendência à massificação parece tornar-se inevitável, a pós-graduação há de constituir a estrutura de excelência indispensável ao desenvolvimento da pesquisa científica e da cultura, em suas mais altas formas” (Jornal do Brasil, 1º cad., p. 7, 5.1.74).

Essas preocupações com a possibilidade de reproduzir “massificação” resultaram no surgimento do Conselho Nacional de Pós-Graduação, com a tarefa de elaborar um plano que o fizesse expandir, em todo o país (CUNHA, 1974). Dialeticamente, analisando o contexto de origem do CNPG, com motivo de controlar a tal massificação, vejamos o que está nas páginas do atual Plano Nacional de Pós-Graduação 2011 -2020:

Tendo o planejamento como principal instrumento de ação, o que é seguramente responsável por sua trajetória de êxito, a Pós-Graduação brasileira apresenta, ao longo dos 65 anos de sua existência, um histórico que a dissocia da maioria das políticas públicas praticadas na área de Educação no Brasil. Isto devido ao fato de que, desde o seu surgimento, a P-G tem observado uma expansão planejada e organizada, condição que explica grande parte de sua trajetória de êxito (Comissão Especial de Acompanhamento do PNPG 2011-2020, p.4, 2016)

De fato, o planejamento é inerente à pós-graduação desde que foi constituída, no Parecer Sucupira, com forte influência norte-americana, e havia dois motivos para tal, naquele momento: o primeiro é sobre a natureza "poluidora" da "massa", ou que alimenta a esperança do acesso de todos à alta cultura, num futuro distante, quando houver abundância de docentes, materiais (instalações, prédios, laboratórios, bibliotecas) e financeiros. O segundo tem a ver com o reconhecimento de que a estrutura do ensino era montada para a formação de um pequeno número e exposta à deterioração, sempre que o atendimento aumentasse numericamente e/ou quando passasse a abranger estudantes cujo nível cultural baixo era produzido e não naturalmente deficiente (CUNHA, 1974). Sob essa ótica e, para não baixar a qualidade na pós-graduação, o caminho adotado foi a formação de docentes com uma tentativa de evitar a massificação. Isto é, o investimento em formação docente, na pós-graduação, teria o papel de restringir o acesso, item previsto no Parecer Sucupira. Mas, a história não é feita por pareceres, decretos ou leis e, apesar das advertências, o crescimento, por demanda, na *stricto sensu*, aconteceu.

De 1970 para 1971, o número de cursos quase quadruplicou, as matrículas se multiplicaram e o de estudantes dobrou. Passou-se, então, a apontar a existência de uma pressão para esse crescimento, independente dos "mercados" que, originariamente, determinaram a organização desse tipo de ensino. São os graduados desempregados que constituem essa pressão autônoma (CUNHA, 1974).

Conforme Bourdieu (2015) nos ensina, o capital cultural é igual ao nível de cultura da família e tem relação direta com o êxito escolar. Nesse sentido, estabeleceu-se uma ligação desse conceito com a pós-graduação que, como todo sistema educacional, exercia seu papel excludente, considerando que o capital cultural e o *Ethos* constituem o princípio da eliminação dos estudantes de diferentes classes. Acrescente-se a isso a falta de equivalência social condicionada, isto é, a tradição pedagógica por trás das ideias de igualdade e universalidade que excluem e valorizam uma determinada cultura como melhor que outra e protege os privilegiados, atribuindo ao indivíduo a esperança de vida escolar dimensionada pela sua posição na hierarquia social e operando uma seleção que, sob as aparências da equidade formal, sanciona e consagra as desigualdades reais. Destarte, o sistema educacional contribui para perpetuar essas desigualdades, ao mesmo tempo em que as legitima.

A função social da pós-graduação, na ótica da proposta em que foi organizada, é a de restabelecer o valor econômico e simbólico do diploma do ensino superior e, para entender essa questão do valor do diploma e a desigualdade do desempenho escolar das diferentes

classes sociais, é preciso saber que o capital cultural pode existir de três formas e, nesse ponto, refere-se ao capital institucionalizado¹⁴.

Como o número de graduados aumentou em um ritmo acelerado, o valor do certificado de graduação caiu: sua posse deixou de ser distintiva, não indicando mais que o diplomado era, naturalmente, adequado para as ocupações que exigiam maior qualificação e responsabilidade, e, em consequência, eram mais bem remunerados. Na medida em que se organizou o ensino pós-graduado, criaram-se os diplomas de mestre e de doutor, cuja marca de raridade (CUNHA, 1974) confere, ao documento, um alto valor, tanto econômico (elegibilidade para as ocupações mais bem remuneradas), quanto simbólico (atribuição de maior "quantidade" de prestígio). Ressaltamos a possibilidade de que um certificado de pós-graduação confira, ao seu possuidor, o mesmo valor auferido pelo graduado, antes da expansão. Dessa forma, conclui-se que a pós-graduação reestabeleceu a discriminação anterior, embora em outro nível.

O caminho para evitar o quadro de ampliação e de “massificação” seria o investimento nos professores, mas havia uma proposta interessante para os docentes, na pós-graduação. Vamos, dialeticamente, retornar a junho de 1965, quando Rudolph P. Atcon foi contratado pela Diretoria de Ensino Superior para “propor as alterações estruturais que julgasse necessárias para as universidades brasileiras”, estudo que realizou entre junho e setembro de 1965 (*apud* CUNHA, 2007c, p. 188). O trabalho efetivado por Atcon, e publicado pelo MEC em 1966, continha diagnósticos e propostas. Avaliando estrategicamente a expansão, o processo de qualificação do corpo docente, a formação de novos quadros para o contexto das reformas previstas para a universidade brasileira e, considerando que o processo de qualificação de pessoal deveria se dar de maneira acelerada, Rudolph propõe a criação de dois fundos, em cada instituição: um de Aperfeiçoamento de Pessoal Docente e outro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (ALMEIDA, 2017).

Uma questão destacada por Atcon, em sua publicação, é que a atuação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES deveria ser “tomada”, criando, em cada uma das universidades interessadas, um fundo de aperfeiçoamento do seu pessoal docente. Mas a Coordenação de Aperfeiçoamento é que “tomou” a proposta do autor, pois, claramente, trata-se do início do “Programa Institucional

¹⁴ Sob forma de objetivação que é preciso colocar à parte como se observa em relação ao certificado escolar, pois confere ao capital cultural de que é supostamente a garantia de propriedades inteiramente originais (NOGUEIRA e CATANI, 2015) Sob a forma de diploma, ocorre o poder de instituir, de reconhecer e estabelece o valor no plano do capital cultural em dinheiro, pelo qual pode ser trocado no mercado de trabalho.

de Capacitação Docente - PICD”, implantado na década de 1970, sob a coordenação da CAPES, e não como processo interno às próprias universidades. A proposta de Atcon se efetivou como o maior programa de capacitação docente, pela via centralizada do Estado que financiou a formação pós-graduada de gerações de professores universitários, de todo o Brasil, e, depois também, de técnicos, durante os anos de 1970, 1980 e 1990. (ALMEIDA, 2017).

Anastasiou (2002) descreve o quadro atual com raízes profundas na gênese da pós-graduação: a formação docente para o ensino superior fica a cargo de iniciativas isoladas e institucionais esparsas, que não se referem a um projeto nacional, ou da categoria docente. Além disso, os professores ingressantes nos departamentos recebem ementas prontas e é na condição individual e solitária que se responsabilizam pela docência exercida.

Não estamos propondo uma pesquisa propositiva para atacar formação docente, na pós-graduação, mas, como em toda rede do sistema educacional, está claro o caminho dialético sobre essa formação. Afinal, se todo sistema surge para atender à demanda econômica do mercado, qual seria – se não o controle – a necessidade do mercado para a formação docente, na pós-graduação?

O caminho possível para superar o quadro desenhado por Anastasiou - seria justamente o original de Atcon: superação das políticas centralizadoras. Em meio a isso, e sobre a questão da formação de professores, temos o exemplo de Portugal. Poderíamos listar diversos outros que se utilizam da mesma estratégia: uma ampla oferta de ações de formação, desenvolvida pelas e nas próprias instituições de ensino, considerando as necessidades de cada uma delas, isto é, dialogando com a cultura local e exercendo o conceito de Literacia, em formação. No citado país europeu, os mecanismos de avaliação dos professores estão mais orientados para possibilitar um desenvolvimento profissional contínuo, do que para servir de base à progressão na carreira, permitindo, por exemplo, que as falhas detectadas sejam corrigidas. Assim, fica claro que os investimentos para formação devem estar em seu lugar de origem, em cada programa de pós-graduação e em cada escola. Mais que isso, precisam apresentar autonomia para elaboração, com base na sua cultura e necessidade local, e não conforme um alicerce econômico de um momento histórico que atua e influencia diretamente como e quando os professores devem ser formados, contemplando interesses do mercado econômico.

Desse tópico, compreendemos que a proposta inicial para formação de professores, na pós-graduação, tinha um possível objetivo de restringir o acesso; portanto, manutenção da desigualdade cultural, social e econômica. Ainda que Atcon pensasse e propusesse, em 1965,

fundos de investimentos, dentro das próprias universidades, para a formação docente, esse indicativo não foi efetivado e se manteve centralizado na CAPES. Nesse sentido, perguntamos: como acontece, hoje, a formação de educadores na pós-graduação no Brasil? O docente busca, autonomamente, o seu caminho de formação para se manter no mercado, ou progredir na carreira e aprende, no dia a dia, como ser um profissional da educação, no mais alto nível da educação superior brasileira, atuando em sala de aula.

4.3.4. Perspectivas atuais

Nesse campo, vamos analisar o documento da Comissão Especial de Acompanhamento da Pós-Graduação, verificando o cumprimento dos apontamentos referentes ao recorte específico sobre incentivo à formação docente. O documento teve como objetivo traçar o cenário da Pós-Graduação brasileira, após os primeiros cinco anos de vigência do Plano Nacional de Pós-Graduação 2011-2020, com base no que foi realizado até 2015, e apresentando projeções e recomendações para o quinquênio 2016-2020.

Após avaliarmos o citado documento, de 43 páginas, referente à palavra-chave de busca: formação de professores na pós-graduação, encontramos 11 referências sobre a expressão ‘formação’, em sentido abrangente e alusiva aos temas que seguem abaixo, de maneira explicativa:

1.ª referência em relação à Educação Básica:

As recomendações constantes no PNPG 2011-2020, para a Diretoria de Formação de Professores da Educação Básica (DEB) e a Diretoria de Educação a Distância (DED), não trouxeram metas numéricas. Verificou-se a existência de fragilidades relacionadas com a descontinuidade dos programas e com sua falta de avaliação, assim como a pouca ou nenhuma articulação com os programas de pós-graduação. Não houve também a institucionalização dos programas de formação docente, no âmbito das IES (PNPG 2011-2020. p. 11, 2017).

Com relação à Educação Básica, a palavra ‘formação’ é citada duas vezes e, em uma delas, referente à recomendação, no sentido de providenciar mecanismos para que os investimentos resultem em modificações dos programas de pós-graduação, relacionados à formação de profissionais da Educação Básica e dos cursos de Licenciatura (PNPG 2011-2020. p 20, 2017).

2.ª referência em relação a RH para empresas:

Diante dos resultados alcançados e dos poucos programas em andamento, o documento conclui que a formação de recursos humanos, para empresas, não atingirá resultados significativos a não ser que sejam adotados novos procedimentos, no período restante de vigência do plano (PNPG 2011-2020. p. 11, 2017). Nesse item, a palavra ‘formação’ é mencionada quatro vezes e mais quatro, na parte que recomenda a formação de recursos humanos para empresas.

3.ª referência com recomendações para internacionalização:

Entende-se que as novas recomendações possam qualificar as ações, na área de internacionalização:

- a) propor políticas para efetiva incorporação, nos setores acadêmicos e produtivos, dos alunos e pesquisadores beneficiados com bolsas no exterior, como, por exemplo, absorção seletiva de alunos e pesquisadores beneficiários de projetos e editais internacionais de formação, cooperação e pesquisa (PNPG 2011-2020. p. 23, 2017);
- b) adquirir capacitação em áreas onde somos carentes: o Brasil tem uma proporção significativamente baixa de pesquisadores em relação à sua população e recorrer a universidades de excelência, no exterior, para a formação de nossos jovens, pode reduzir esse atraso do país (PNPG 2011-2020. p. 25, 2017);
- c) colaborar com nações amigas, pois nem toda ação de internacionalização deve se pautar pela busca de conhecimentos em países mais adiantados. Os laços criados com o apoio ao desenvolvimento dessas nações e na formação de seus quadros científicos e tecnológicos são importantes no posicionamento do Brasil, na geopolítica internacional (PNPG 2011-2020. p. 26, 2017).

O PNPG apresenta gráficos importantes de crescimento e de projeção, para 2020, com relação a programas de pós-graduação, alunos matriculados e que concluíram mestrado acadêmico profissional e doutorado. A exemplo, o número de cursos de mestrado deve atingir, em 2020, a marca de 3.911, uma evolução de 20,8%, considerando-se o patamar de 2015.

Já os cursos de doutorado devem chegar a 2.738 cursos, representando uma expansão da ordem de 30,7%. Os cursos de mestrado profissional, em número de 603, em 2015, podem chegar a 1.198, em 2020, crescimento de 98,7% (PNPG 2011-2020. p. 07, 2017).

E em relação ao investimento, o valor que ainda deve ser executado, até o ano de 2020, nos programas iniciados, se aproxima de 1 bilhão de reais, referente às iniciativas estratégicas, sem especificar quais são e apresenta números de projeção para a oferta de bolsas para CAPES e CNPq para o ano 2020: CAPES, 88.004 bolsas de mestrado, 96.791 de doutorado e 3.491 pós-doutorado. Para o CNPq, as projeções eram: 12.427 bolsas de mestrado, 12.734 de doutorado e 2.351 de pós-doutorado (PNPG 2011-2020. p. 12, 2017).

Infelizmente, finalizamos o documento analisado com o indicativo de que não consta programa e / ou política pública em curso, no âmbito da CAPES, para formação docente na pós-graduação. Reafirmando o que foi dito anteriormente, o docente que atua na pós-graduação busca, de forma autônoma, o seu caminho de formação para manter-se no mercado ou progredir na carreira nas universidades públicas, restando aprender, com a sua atuação em sala de aula, como ser um professor, no mais alto nível da educação superior brasileira. Restamos saber se essa falta de “apoio” em sua carreira impacta diretamente a sua saúde, que buscaremos responder no item seguinte, nas discussões sobre os resultados de pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Os participantes são 60% do gênero feminino e 40% masculino, entre 38 a 60 anos de idade, a média de idade dos investigados é de 47 anos. A altura variou entre 1,64 cm a 1,91 cm, a média é de 1,71cm de altura. O peso oscilou entre 62 kg a 91 kg, apresentando uma média de 74 kg.

Em relação à educação todos os entrevistados estão no nível seis do questionário, Doutores ou Pós-Doutores (PhD). Sobre estado civil 70% são casados, 20% solteiros e 10% divorciados. 50% têm filhos com mais de 15 anos, 20% filhos com menos de 15 anos e 30% não tem filhos. A condição de trabalho é 100% em tempo integral, isto é, dedicação exclusiva.

30% dos entrevistados têm uma renda familiar entre 7,5 a 8 salários mínimos e 70% acima de 9,5 salários mínimos mensais. Em uma escala de nível social que vai de 01 mais baixo a 10 mais alto, os entrevistados se auto declararam 50% no nível 5, 10% no nível 6, 20% no nível 7 e 20% no nível 8, a média autodeclarada de nível social dos entrevistados é nível 6, que significa, no Brasil, classe média alta.

No que se refere a comprar com facilidade os seus medicamentos, 80% afirmaram ser muito fácil e 20% muito difícil. A respeito de ter facilidade em ser atendido pelo seu médico, 70% afirmaram que é muito fácil, 20% difícil e 10% fácil. E se nos últimos doze meses tiveram dificuldades em pagar suas contas ao final do mês, 80% disseram que quase nunca, 10% de vez em quando e 10% a maior parte das vezes.

5.1.2 Conclusão da caracterização dos entrevistados

Com base no recorte do público pesquisado que são docentes de um programa de pós-graduação em educação de uma Universidade Pública Federal, sendo, doutores ou pós-doutores, concluímos que a maioria são mulheres 60%, e, a média de idade geral é de 47 anos. Não há casos de obesidade alarmante. 70% são casados e tem filhos, portanto, contam com um companheiro para dividir a vida íntima e os cuidados com a família. Trabalham em tempo integral e 70% tem uma renda familiar de 9,5 salários mínimos, bem acima da média

nacional¹⁵, que em nossa opinião, a média nacional, é insuficiente para uma vida digna, o que implica em uma baixa qualidade de vida nos quesitos alimentação, moradia, acesso à saúde, educação e cultura de 60% dos brasileiros.

Os entrevistados, talvez pelos seus rendimentos, conseguem, em sua maioria, 80% comprar suas medicações com facilidade e quase nunca tem dificuldades para pagar suas contas ao final do mês, o que alude a uma boa qualidade de vida nessas demonstrações quantitativas, mas que precisam ser melhor apuradas em outros quesitos do questionário HLS-EU-PT e nas perguntas abertas, pois, como indicado nas referências para apontamentos teóricos nesta pesquisa, literacia e literacia para a saúde não tem correlação com renda, mas há uma forte correlação entre a LS e a privação financeira, considerando alguns fatores em conjunto como o rendimento líquido mensal baixo, a dificuldade em pagar contas ou comprar medicação.

5.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE

Na avaliação da saúde em geral, 40% dos entrevistados autodeclaram que sua saúde está muito boa, 20% boa e 40% razoável. No que diz respeito à doença(s) de longa duração, consideramos problemas que duraram seis meses ou mais, 50% disseram ter mais de uma doença, 30% não ter nenhuma e 20% ter uma doença. Daqueles com problemas de saúde 40% responderam seus problemas não limitaram suas atividades e 30% que limitaram, mas não severamente. Nas questões relacionadas à utilização do sistema de saúde, a maioria dos entrevistados 70% usam planos privados, 20% usam plano privado e o Sistema Único de Saúde (SUS) e 10% não utiliza nenhum plano de saúde.

Sobre a utilização de um serviço de urgência nos últimos dois anos 80% dos docentes nunca utilizaram e 20% usaram uma a duas vezes. Em relação a idas ao médico nos últimos 12 meses, 50% foram entre três a cinco vezes, 30% foram seis vezes ou mais e 20% foram uma ou duas vezes. Nenhum entrevistado utilizou serviço hospitalar nos últimos 12 meses. No que diz respeito à consulta de outros profissionais de saúde, como dentista, fisioterapeuta,

¹⁵A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PnadC), demonstrou que rendimento médio mensal de 60% da população foi de R\$ 928,00 em 2018, menor que um salário mínimo brasileiro. Já a renda média de dos trabalhadores ocupados é R\$ 2.234. Fonte: <https://epocanegocios.globo.com/Brasil/noticia/2019/10/renda-media-de-mais-da-metade-dos-brasileiros-e-inferior-um-salario-minimo.html> Acesso em 14/01/2020.

psicólogo, nutricionista ou oftalmologista, nos últimos 12 meses, 50% refere-se ter ido de uma a duas vezes, 20% de três a cinco vezes, 20% seis vezes ou mais e 10% nenhuma vez.

5.2.1 Conclusão avaliação da saúde

A avaliação de saúde autodeclarada, corresponde uma média de “boa” saúde no geral, mas não existe correlação significativa entre o estado de saúde autodeclarado e a LS, mas quanto mais elevado o nível de LS, maior é a avaliação autodeclarada do estado de saúde mental e física avaliados pelos entrevistados.

Com relação a doenças de longa duração, a média é uma doença para cada professor, número alarmante, ou seja, os professores deste programa de pós-graduação estão doentes ou com algum mal-estar, que difere da avaliação autodeclarada por eles como uma boa saúde, mas incide em alta LS, porque, estudos revelam que os indivíduos com literacia desadequada apresentam menor conhecimento em relação à doença do que indivíduos que apresentam literacia adequada.

Para verificar se existe correlação entre a utilização dos serviços de saúde e a LS, foram consideradas as respostas às questões do HLS-EU-PT que se referem à utilização de um serviço de urgência nos últimos dois anos (Urgência), idas aos médicos nos últimos doze meses (Médico), utilização de um serviço hospitalar nos últimos doze meses (Hospital) e o recurso a outros profissionais de saúde (Outros) que demonstrou uma correlação positiva de LS.

5.3 COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

90% dos entrevistados nunca fumaram e 10% costumavam fumar cachimbo, mas pararam. No quesito consumo de álcool 90% afirmam que beberam nos últimos 12 meses e que nunca tomaram cinco ou mais bebidas em uma mesma ocasião. Já no que diz respeito ao consumo de álcool nos últimos 30 dias, 70% consumiram e destes 50% beberam de duas a três vezes no mês e 20% duas a três vezes por semana e no dia que bebem bebidas alcoólicas costumam beber de uma a duas bebidas. Em relação à prática de exercício físico no último

mês, 40% praticaram alguma atividade quase todos os dias, 40% algumas vezes por semana, 10% algumas vezes por mês e 10% nunca praticaram atividade física.

Na interação social 60% afirmam que tem alguém para acompanhar em uma consulta médica, seja amigo ou familiar. Em relação ao envolvimento ativo na comunidade, seja em voluntariado ou na participação de atividades locais, a maioria 80% dos inquiridos não participam de modo nenhum, 10% algumas vezes ao mês e 10% algumas vezes ao ano.

5.3.1 Conclusão Comportamentos de Saúde

A correlação entre hábitos de vida saudáveis e comportamentos de saúde foi investigada por Vozikis (2014) chegando a resultados que permitiram concluir uma forte correlação entre a prática de exercício físico e a LS mais elevada e uma correlação negativa e pouco significativa entre a LS e os indivíduos que referem fumar e/ou beber.

Sobre o ato beber bebidas alcoólicas, Freud (1927), afirma que a vida é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas. Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas que nos tornam insensíveis a ela. Algo desse tipo é indispensável (Aquele que tem preocupações tem também aguardente, Wilhelm Busch em *Die Fromme Helene*).

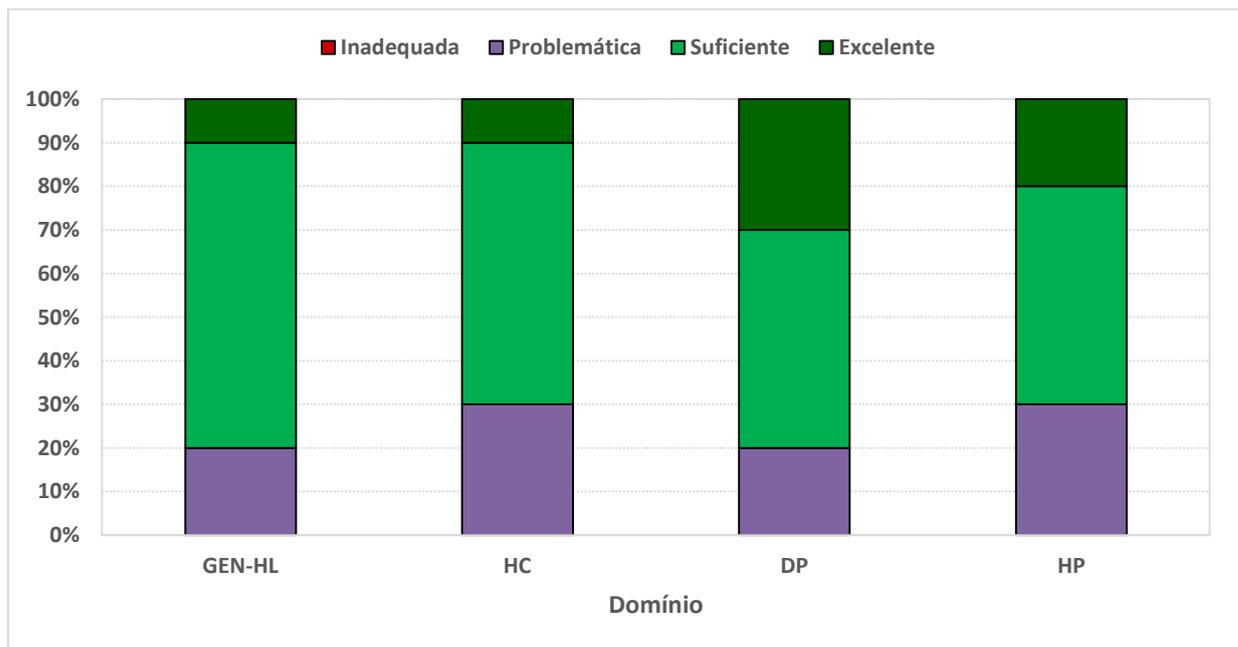
Então, o mais grosseiro desses três métodos citados por Freud, embora também o mais eficaz seja o químico: a intoxicação. – Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe que, com auxílio desse “amortecedor de preocupações”, é possível afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. Mas Freud alerta que essa propriedade dos intoxicantes é que determina o seu perigo e a sua capacidade de causar dano, pois são responsáveis pelo desperdício de uma grande quota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento humano. Então saber beber moderadamente sem perder sua capacidade de produção é ter LS.

5.5 RESULTADOS DA LITERACIA PARA A SAÚDE (LS)

Em relação aos resultados da LS dos dez professores do programa de pós-graduação em educação de uma Universidade pública federal, a apuração dos dados foi realizada pelo setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas de uma Universidade Federal brasileira, que fez os cálculos conforme orientando pelo protocolo de análise do questionário (Anexo E) e os gráficos das perguntas 1 a 47.

Os resultados são os seguintes no índice geral (GEN-HL) (gráfico 1): 20% dos professores tem LS problemática; 70% LS suficiente; 10% LS excelente.

Gráfico 1: Resultado da amostra em literacia para a saúde



Fonte: autora 2020.

Dos dados apresentados podemos concluir que 80% dos professores pesquisados do programa de pós-graduação em educação têm literacia para a saúde. No gráfico 2 apresentamos os índices de domínio da saúde :

- a) índice de cuidados da saúde (HC): 30% LS problemática; 60% LS suficiente; 10% LS excelente;
- b) índice prevenção da doença (DP): 20% LS problemática; 50% LS suficiente; 30% LS excelente;
- c) índice promoção da saúde (HP): 30% LS problemática; 50% LS suficiente; 20% LS excelente

Gráfico 2: Resultados por entrevistados

Entrevistados	GEN-HL	HC	DP	HP
1	35,1	27,1	34,4	43,8
2	29,4	27,1	28,9	32,3
3	36,9	37,5	41,1	32,3
4	40,8	35,4	41,1	45,8
5	30,5	29,2	30,0	32,3
6	38,3	41,7	40,0	33,3
7	42,8	42,2	47,8	38,5
8	40,8	36,5	44,4	41,7
9	36,2	34,4	40,0	34,4
10	41,1	38,5	47,8	37,5

Fonte: autora, 2020.

Importante ressaltar que os 20% com literacia para a saúde problemática estão no gráfico 2 (entrevistados 2 e 5) com baixo índice: de cuidado da saúde (HC); prevenção da doença (DP) e; promoção da saúde (HP). Já no quadro geral (tabela 2) as porcentagens de todos os itens da matriz do HLS-EU-PT presentes nas 47 questões revelam alguma variação na dificuldade e facilidade atribuída a cada item:

Tabela 1: Porcentagens de respostas de todas as questões do HLS-EU-PT

Questão	Numa escala que vai de “muito fácil” a “muito difícil”, quão fácil diria que é:	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Não sabe
Q1	Encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q2	Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam?	30,0%	40,0%	10,0%	20,0%	0,0%
Q3	Descobrir o que fazer em caso de emergência médica?	40,0%	20,0%	40,0%	0,0%	0,0%
Q4	Descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente?	30,0%	60,0%	0,0%	10,0%	0,0%

Q5	Compreender o que o seu médico lhe diz?	40,0%	50,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Q6	Compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	0,0%
Q7	Compreender o que fazer numa emergência médica?	10,0%	60,0%	30,0%	0,0%	0,0%
Q8	Compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q9	Avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso?	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	0,0%
Q10	Avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?	0,0%	50,0%	30,0%	10,0%	10,0%
Q11	Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	30,0%	40,0%	10,0%	20,0%	0,0%
Q12	Avaliar se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança?	30,0%	30,0%	30,0%	10,0%	0,0%
Q13	Usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	10,0%	90,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q14	Seguir/Cumprir instruções sobre medicação?	60,0%	30,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Q15	Chamar uma ambulância numa emergência?	50,0%	30,0%	10,0%	10,0%	0,0%
Q16	Seguir/Cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	70,0%	20,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Q17	Encontrar informações para lidar com comportamentos que afectam a sua saúde, tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q18	Encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão?	70,0%	20,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Q19	Encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q20	Encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições, tais como excesso de peso, tensão arterial ou colesterol alto?	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q21	Compreender avisos relativos à saúde e comportamentos, tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q22	Compreender porque precisa de vacinas?	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q23	Compreender porque precisa de exames de saúde?	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q24	Avaliar quão seguras são advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, actividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em demasia?	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q25	Avaliar quando precisa ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?	60,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%
Q26	Avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?	30,0%	30,0%	40,0%	0,0%	0,0%
Q27	Avaliar que exames de saúde precisa fazer?	30,0%	50,0%	20,0%	0,0%	0,0%
Q28	Avaliar se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança?	30,0%	20,0%	40,0%	10,0%	0,0%
Q29	Decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?	40,0%	30,0%	20,0%	10,0%	0,0%
Q30	Decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?	40,0%	20,0%	30,0%	10,0%	0,0%
Q31	Decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação?	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	0,0%
Q32	Encontrar informações sobre actividades saudáveis tais como actividade física, alimentação saudável e nutrição?	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Q33	Saber mais sobre as actividades que são boas para o seu bem-estar mental?	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q34	Encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde?	30,0%	10,0%	20,0%	40,0%	0,0%
Q35	Saber mais sobre as mudanças políticas que possam afectar a saúde?	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	0,0%
Q36	Saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha?	20,0%	60,0%	20,0%	0,0%	0,0%
Q37	Compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q38	Compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?	40,0%	50,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Q39	Compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável?	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q40	Compreender a informação que visa manter a sua mente saudável?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q41	Avaliar até que ponto a zona onde vive, afecta a sua saúde e bem-estar?	30,0%	30,0%	30,0%	10,0%	0,0%
Q42	Avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q43	Avaliar que comportamento seu do dia a dia está relacionado com a sua saúde?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q44	Tomar decisões para melhorar a sua saúde?	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	0,0%
Q45	Integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar?	40,0%	30,0%	20,0%	10,0%	0,0%
Q46	Influenciar as condições da sua vida que afectam a sua saúde e bem-estar?	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Q47	Participar em actividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?	10,0%	20,0%	60,0%	10,0%	0,0%

Fonte: autora, 2020.

As questões (Q1, Q17, Q21, Q23 e Q32) estão às percentagens mais altas de facilidade, 80% dos professores afirmaram que encontrar e compreender informações sobre sua saúde é uma tarefa “muito fácil”. A questão (Q34) foi considerada a mais difícil que é sobre o bairro ser mais amigo da saúde, o mesmo foi percebido na participação de atividades de voluntariado discutidas no item “5.3 Comportamentos de Saúde”, que assinalou a não interação social neste quesito, seguindo nesta lógica da coletividade, a questão (Q47) é a mais alta em dificuldade, afirmando os apontamentos anteriores, participação em atividades comunitárias fora do universo acadêmico é de execução difícil para os docentes entrevistados.

5.6 RESULTADOS DAS QUESTÕES ABERTAS

Temos um material extenso para avaliação que permitiria a construção de uma tese de Doutorado; portanto, para fins de conclusão do curso de mestrado e, também, em virtude do tempo e do espaço destinado a uma dissertação, vamos analisar apenas três perguntas das vinte (Apêndice A) aplicadas nessa investigação. A escolha para este recorte refere-se à saúde no campo de trabalho da pós-graduação, porque, é dos problemas levantados nesta pesquisa. As indagações consideradas para discussão, são: a) Qual o impacto do meio social em que você vive sobre suas decisões, ações e atitudes para a sua saúde? b) O seu trabalho enquanto professor na pós-graduação favorece uma boa saúde? c) Se não, o que deveria mudar para melhorar a sua saúde?

5.6.1 Análise pergunta (a): o impacto do meio social sobre suas decisões, ações e atitudes para a saúde.

O objetivo foi qualificar o tamanho do impulso do meio social para a interrogação seguinte, sobre o trabalho na pós-graduação favorecer ou não uma boa saúde. Seguem os conceitos chaves das respostas para a pergunta (a);

Tabela 2: Respostas da pergunta qual o impacto do meio social na vida dos entrevistados

Informante	Qual o impacto do meio social em que você vive sobre suas decisões, ações e atitudes para a sua saúde?
1.	<i>Nenhum.</i>
2.	<i>Questão do tempo disponível para esse cuidado com a saúde. A rotina acaba limitando esse tempo.</i>
3.	<i>Poderia ser melhor. Eles (família) poderiam me obrigar a fazer exercício.</i>
4.	<i>Sem dúvida impacta.</i>
5.	<i>Impacta sim, meio profissional e familiar.</i>
6.	<i>Sim impacta, família e o trabalho.</i>
7.	<i>Sim, inclusive o que eu faço para tomar cuidado para não ficar doente. Eu consigo administrar, mas o ambiente social atualmente impacta negativamente, claro. E um ambiente que está doente.</i>
8.	<i>O impacto é da mobilidade urbana da cidade como desfavorável para práticas saudáveis, ciclismo e caminhada: “Não há qualquer inteligência do bem a saúde e do bem da vida do sujeito que quer cuidar de si, não tem qualquer racionalidade”.</i>

9.	<i>Acho que o impacto é considerável. Ele impacta porque a partir do momento que você está no meio social, você acaba compartilhando também das ações desse meio social, se relacionando, então tem impacto sim.</i>
10.	<i>Muito grande.</i>

Fonte: autora, 2020.

90% dos professores disseram que o meio social impacta suas decisões sobre saúde. No campo da observação é notório que se aprende a ficar doente de acordo com o meio social que influencia diretamente a forma como o sujeito sente as doenças, expressa seus sintomas e utiliza os recursos de cura à sua disposição. A forma de promover a “doença” é modelada culturalmente.

Freud (1927) afirma que a civilização ou a sociedade destrói de forma fria, cruel e incansavelmente o indivíduo. E que vida é difícil de suportar, porque, o meio social impõe-lhe certa quantidade de privação e os homens lhe trazem sofrimentos que causam doenças, como a neurose. Reconhecemos a influência do meio social, o que estamos tentando medir é extensão deste controle na saúde para saber se a literacia permite tomar a melhor decisão sob esse forte alcance, do ponto de vista científico é tratar os fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais como variáveis dentro dos sistemas unitários de análise, para ajudar o homem a ter uma melhor qualidade de vida.

Então o que podemos informar nesse sentido é que ter literacia para a saúde é ter controle sobre os eventos da vida, sobre a saúde individual, sobre a capacidade de procurar informação e de assumir responsabilidades. Como entendemos que literacia é uma prática cultural vista como um conjunto de controle (planos, receitas, regras e instruções) para governar o comportamento, que só se traduz pelas relações sociais e consiste em um tráfego entre símbolos significantes que são dados na vida em comunidade. Podemos concluir que este símbolo “saúde” não está presente no meio social, resultando em uma sociedade doente que troca influências para o desenvolvimento de doenças e não da promoção da saúde do próximo.

5.6.2 Análise pergunta (b): o seu trabalho enquanto professor na pós-graduação favorece uma boa saúde?

Quadro 2: Respostas para a pergunta – “O seu trabalho enquanto professor na pós-graduação favorece uma boa saúde”.

<p>Inf.01: <i>Sim [...] Mas não necessariamente favorece uma boa saúde, porque, considero muitas exigências desnecessárias do mundo acadêmico como desencadeadores de processo de processos doentios, exemplo, excesso de atendimento a exigências burocráticas cuja função é apenas alimentar uma máquina que não tem nenhum vínculo com aquilo que é o aprimoramento humano, se alguém precisar passar muitas horas somente com isso eu considero muito desgastante. O mundo acadêmico eu não adoeci nele, mas vi muitas pessoas adoecendo, mas eu não adoeci porque eu me cuidei aí eu gerei uma série de medidas da minha vida para contrabalançar os efeitos negativos do tempo, desse excesso de tempo vinculando a atividades mentais. Você fica muito sozinho na atividade acadêmica, pesquisar é solidão e isso tem um peso e se não for contrabalançado eu acho que tem um grau de risco.</i></p>
<p>Inf. 02: <i>Acho que não é saudável principalmente na atual conjuntura por conta do nível de exigência mesmo, que acaba fazendo que a gente tenha que dedicar muito mais tempo e acaba gerando situação de stress, de extremo cansaço mesmo.</i></p>
<p>Inf. 03: <i>Não favorece, principalmente, no aspecto psicológico e mental.</i></p>
<p>Inf. 04: <i>[...] Eu vejo que sim. Favorece sim. É o meu trabalho e me sinto muito realizado fazendo o que eu faço, né, então é... Eu encaro tranquilamente, às vezes não tem espaço adequado para trabalhar, mas a gente vai se virando.</i></p>
<p>Inf. 05: <i>Não.</i></p>
<p>Inf. 06: <i>Não. O trabalho de pós-graduação ele é pautado em uma produção insana que ela não correspondente com a vida de um professor universitário, a pós-graduação stricto sensu se baseia em uma produção de pesquisador e nós não somos pesquisadores exclusivamente, nós somos professores universitários e atuamos também como pesquisadores, então, eu acho que isso não dá para trazer saúde para a gente (risos). Existe uma exigência de nível de produção que é incompatível com o tempo que a gente tem e até com a função, meu entendimento, é que o pesquisador professor universitário, ele tem como primeiro compromisso a formação de pessoas, mas do que a publicação [...]O que me frustra é a falta de entendimento coletivo de qual é o papel de uma pós-graduação dentro de uma universidade, que em minha opinião é diferente de um instituto de pesquisa, nosso foco deveria ser formação de pessoas, a produção científica deveria ser uma consequência desse contexto de formação de pessoas. Então como comparar o nível da produção científica com um pesquisador de uma linha única de pesquisa vertical, não tem como? A competitividade que traduz em recurso de investimento nas pós é ranqueada por impacto da pesquisa que você produziu e o impacto da pesquisa tá direcionado a essa verticalidade, então isso não é bom para a saúde porque a gente fica questionando.</i></p>
<p>Inf. 07: <i>Pode ser uma resposta neutra? Não, não promove boa saúde, mas também eu acho que não me prejudica porque eu sei me precaver. Então eu acho que na prática é neutro porque eu não levo para casa, entendeu?</i></p>

Inf. 08: *Eu acho que é indiferente ele não favorece e nem desfavorece, se não favorece então vamos entender que desfavorece porque, se a gente podia sugerir que estar na pós-graduação seria uma coisa melhor e não está sendo, então não favorece.*

Inf. 09: *Indiferente. Não vejo relação direta com o trabalho na pós-graduação com a saúde. Acho que a carga de trabalho aumenta, mas eu não vejo impacto direto. Realmente não consigo vê uma relação direta.*

Inf. 10: (silêncio). *Eu acho que a boa saúde tem que estar dentro de mim, do meu jeito de ser, ser em qualquer lugar, eu não acho que a pós-graduação... Eu exijo muito de mim, quando eu vejo que peguei coisa demais. Isso me cansa muito, até porque eu fiz um pacto comigo que eu tenho que dormir, eu estava dormindo muito pouco, comecei a lê vi que realmente não é uma coisa boa, mas eu não acho que é a pós-graduação. Mas é porque você que quer sempre fazer mais e crescer e conhecer, então você é assim é difícil ser equilibrada em qualquer lugar.*

Fonte: autora, 2019.

Para 70% dos professores seu trabalho na pós-graduação não favorece uma boa saúde devido à cobrança quantitativa de produção acadêmica científica, falta de infraestrutura ou inadequação da mesma, o não entendimento do papel da pós-graduação na instituição e a burocracia.

A principal causa do mal-estar é a pressão sofrida por quantidade de publicações e a causa secundária da infraestrutura e falta de recursos. Os cursos de mestrado e doutorado no Brasil devem submeter informações anuais na forma de relatórios para fins de acompanhamento e avaliação da CAPES. O processo referente a essa obrigação implica na alimentação de planilhas do chamado sistema Data Capes ou Coleta Capes ou Plataforma Sucupira, a fim de especificar aos avaliadores todas as atividades de pesquisa e ensino realizadas ao longo do ano pelo corpo docente e discente resultando, assim, em uma avaliação e conceito do programa de pós-graduação.

Conforme a Ficha de Avaliação do Programa, a partir da reformulação do sistema de avaliação, em 1998, os conceitos básicos que caracterizam o nível de desempenho dos programas/cursos reconhecidos pelo MEC são expressos pelas notas e atribuídos conceitos: 5 (muito bom), “4” (bom) e “3” (regular). As notas “6” e “7” são reservadas e atribuídas aos programas enquadrados como conceito “5” na primeira fase de realização da avaliação trienal, que apresentem desempenho equivalente ao dos centros internacionais de excelência e tenham um nível de desempenho altamente diferenciado em relação aos demais programas (CASSANDRE, 2011).

Na atualidade, as ameaças de fechamento e corte de verbas aos programas de pós-graduação com notas “baixas”, agrava a situação de mal-estar. Quando o contexto político é

instável, é impossível manter um princípio de prazer e bem-estar, pois, quando as mudanças são constantes, até o mais saudável encontra dificuldade para enfrentar o excesso de estímulo no aparelho mental, o que causa ansiedade, estresse, angústia ou depressão.

Em relação ao tempo, há uma corrida em submeter os resultados dos trabalhos de pesquisa para garantir que o programa ao qual o docente pertence, no mínimo, permaneça com o mesmo conceito perante a Capes ou, quem sabe, aumente o conceito. Não havendo condições deste trabalhador produzir cientificamente com qualidade e respeitando o seu tempo livre (CASSANDRE, 2011).

Para 10% dos docentes é indiferente e 20% que sim, promove uma boa saúde em seus casos individuais, porque, já viram colegas adoecerem e conseguem sublimar os problemas enfrentados na docência. Essa capacidade de sublimação, segundo Freud (1930), é uma das técnicas para afastar o sofrimento que causa doenças, reside em reorientar os objetivos instintivos de maneira que eludam a frustração do mundo externo. Por exemplo, quando se consegue intensificar suficientemente a produção de prazer a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual.

Uma satisfação desse tipo, como por exemplo, a alegria do artista em criar ou do cientista em solucionar problemas, possui uma qualidade especial que podemos dizer que tais satisfações parecem mais refinadas e mais altas. O ponto fraco desse método reside em não ser geralmente aplicável, de uma vez que só é acessível a poucas pessoas e não proporciona uma proteção completa contra o sofrimento. Não cria uma armadura impenetrável contra as investidas do destino e habitualmente falha quando a fonte do sofrimento é o próprio corpo da pessoa¹⁶.

5.6.3 Análise pergunta (C): O que deveria mudar na pós-graduação para melhorar a saúde dos professores?

Devido à extensão das respostas serão transcritas ideias centrais de cada informante e reproduzida a pergunta que muda a forma, conforme o contexto da entrevista:

¹⁶ Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade e na comunidade humana. A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, por meio sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes.

Quadro 3: Respostas para a pergunta "O que deveria mudar na pós-graduação para melhorar a saúde dos professores?".

<p>Doc. : Você acha que deveria mudar algo dentro do sistema de pós-graduação, dentro desse sistema universitário para melhorar a saúde dos professores, dos pesquisadores que atuam nele?</p> <p>Info. 01: [...] <i>A lógica que gira em torno das avaliações é uma lógica quantitativa é uma lógica de produtividade. O problema é que quando nós [...] produzimos por produzir para ganhar em números, eu acho que aqui deteriora a qualidade da vida da pessoa. A nota de um programa recai sobre todos os professores, porque se trabalha em sistema de colegiado, e só se é muito bem avaliado, sempre dentro da lógica quantitativa, vem gerando uma pressão que nunca se dá para o suficiente, o que você produz nunca é suficiente no programa, porque, no dia que ele chega ao quatro ele quer chegar ao cinco e chegar ao seis e no dia que chegar ao sete ele também não será feliz, porque, agora ele vai querer manter para os próximos 10 anos o sete. Então eu valorizo muito as publicações [...] mas como conciliar uma vida de qualidade, uma produção de qualidade ao lado de uma exigência de quantidade? Porque eu estaria olhando você reconhecendo você pela quantidade na pela sua qualidade. Então tem vários aspectos problemáticos no mundo Acadêmico.</i></p>
<p>Doc. : Quando você fala de stress, de sobrecarga, parece que é um trabalho que pauta mais pela quantidade do que por uma determinada qualidade.</p> <p>Inf. 02: <i>Não, então, ele tem uma exigência de alta qualidade, né. E tem aumentando o fluxo de trabalho porque a gente vê e cada vez mais exigência do que a gente precisa produzir para estar na pós-graduação, estar credenciada em um programa, e menos condições de estrutura mesmo para realização desse trabalho. Para melhorar é estabelecer critérios que esteja mais afinado, mais próximo da nossa realidade, assim, de que seja possível produzir sem levar as pessoas ao adoecimento</i></p>
<p>Doc. : E na pós-graduação existe uma quantidade de artigo que você precisa publicar...</p> <p>Inf. 03: <i>Sim, isso também é tenso [...] Mas essa é uma cobrança que eu acho cruel, porque eles preocupam muito mais com a quantidade de coisa que você produz do que com a qualidade. Às vezes você faz uma pesquisa maravilhosa produz um artigo muito bom que vai impactar na sociedade, mas outro que fez uma pesquisinha atoa, mas tirou dez artigos dali, ele tem muito mais valor do que você que fez um artigo de uma coisa muito melhor. O sistema de avaliação ele é meio cruel sim. A avaliação dos livros é feita assim também, sem lê o livro, sem analisar o que ele contém.</i></p>
<p>Doc. : Você acha que o trabalho é mais quantitativo que qualitativo? Isso te incomoda?</p> <p>Inf. 04: <i>Me incomoda na medida que as métricas que são usadas são muito desiguais [...] Mas em termos de talvez ter metas, a gente tem que produzir sim para sobreviver na pós-graduação. E meio que como os ingleses falam; publique ou pereça. É a dinâmica que faz parte da pós-graduação, mas eu tento me organizar para dar conta disso também.</i></p>

Doc. : Mas você acha que isso poderia mudar para melhorar a saúde mesmo, a vida do professor na pós-graduação, você, por exemplo, falou da relação ciência e educação.

Inf. 04: *Uma possibilidade seria, por exemplo, unificar as classificações periódicas de ensino valer para a educação com o mesmo peso e a mesma métrica e tudo mais. Agora quando a desonerar, talvez pensando em âmbito mais global de sistema de pós-graduação, reduzir a carga de trabalho e tudo mais, acho que isso passaria por repensar até nosso modelo de Universidade que é produtivista né. E estamos inseridos nessa lógica da Universidade, reproduz um pouco até do próprio modelo capitalista a universidade acaba reproduzindo um pouco desse modelo mesmo, a questão de linha de produção né. Você tem que formar um mestre em tanto tempo esse mestre ele tem que produzir um artigo Qualis B1 para cima. É, é, ele tem que cursar tantas disciplinas. O modelo parece um tanto fordista, em certa medida também, tenha uma etapa tal que você tem que cumprir até tal momento depois etapa x você tem que cumprir no período do Y e a etapa W que vai cumprir o tempo dado. E por aí vai né.*

Doc. : O que deveria mudar para melhorar a saúde?

Inf. 05: *Acho que o grande ponto é os parâmetros externos, essa pressão para você ter que tá produzindo algo que é uma exigência externa e não aquilo que efetivamente é necessário muitas vezes no contexto em que você vive, porque existe um modelo a ser seguido e esse modelo é importado, esse modelo não é brasileiro, então esse é o grande ponto e até posso fazer um dado comparativo, porque eu atuei em um programa e já atuei em outro, no programa que eu atuo isso é um pouco menos sofrido, no programa que eu atuava que tem uma visão estrita da saúde, aquilo que eu faço que é uma perspectiva educacional é desconsiderado, então, a pressão é 30 vezes maior. Quantidade não é qualidade, porque, inclusive é mais importado ainda o modelo. Para mim aquilo que deveria ser produzido seria para os pares, o que eu efetivamente preciso produzir e aonde precisa chegar, porque a pós-graduação em muitas situações ela continua elitizada. Ela é elitizada por quê? Porque quem tem acesso ao artigo que eu produzo em uma linguagem científica difícil de entender só quem tá no meio [...] E de novo o Brasil tá na contramão daquilo que é o ideal, ele não olha para si, ele olha para fora, essa coisa da internacionalização, ok tem que ter parceria mais de lá para cá, esse para mim é o ponto.*

Doc. : Então agora o que acha que poderia mudar para melhorar a saúde do professor na pós-graduação? **Inf. 06:** *Mudar a regra do jogo que é nacional.*

Doc. : Então se não promove uma boa saúde, o que você acha que deveria mudar nos programas de pós-graduação para melhorar a saúde, principalmente do professor?

Inf. 07: *Bom primeiro eu acho que deveria ter mais clareza em relação à atribuição do professor, porque o professor é aquele que acaba fazendo absolutamente tudo, tudo é responsabilidade dele, numa situação de precariedade, de corte e que a gente tá... E isso acaba caindo sobre o professor, esses casos absurdos que a gente não tem recurso para trazer o membro da banca, ter que usar a vídeo conferência, não ter estrutura na universidade e ter que usar do próprio celular, sua própria internet para fazer uma banca para seu aluno, né. E essas coisas acabam gerando stress, isso me afeta [...] assim é a minha atitude eu não levo para casa, eu não ponho o ego acima das coisas, sabe? [...]*

Doc. : Se que poderia mudar na carreira do professor na pós-graduação para mudar a saúde?

Inf. 08: *Bem ou mal os trabalhadores da educação eles atuam com forte influência da política que é aplicada para o nível de ensino, da modalidade que ele está desenvolvendo é um esforço que pega pelo viés do fato social, isso impera muito, acaba-se então o que a gente poderia fazer enquanto esforço coletivo, eu penso que fica mais fraco, algumas vezes há alguns tensionamentos nas relações sociais que fazem uma diferença, mas de maneira ampla os tensionamentos são inócuos, eles não resolvem muitas coisas. Então eu penso que para se alguma coisa pode ser feita, um olhar a partir das políticas, elas sim desenvolver o envolvimento coletivo dos programas, o desenvolvimento do grupo e não o desenvolvimento individual como é feito, porque, deixa cada um por si para se resolver né [...] Ela é quantitativa do ponto de vista da política, mas da gestão, igual eu te falei você pode gerir essa política, ela vem e de cobra, tem que ter publicação em tal nível, em tal escala e em tal quantidade e uma coisa e você deixar a tônica para seu colegiado é se vire, cada um por si, outra coisa é você sentar enquanto gestor e dizer quais ações nós vamos fazer para que esse colegiado consiga alcançar os níveis, quem aqui está envolvido com o que... É estabelecer essas relações, se você do ponto de vista da gestão não estabelecer as relações, o fato social, as normas viram de cima para baixo e elas vão individualizando, então se não tem esse olhar [...]*

Doc. : Insistindo nessa pergunta por mais que você não vê nenhum impacto, você acha que poderia mudar algo para melhorar a saúde do professor na pós-graduação?

Inf. 09: *Vejo que uma forma que poderia melhorar seria a questão dá... Ter uma melhor infraestrutura e condições de trabalho, para que você possa atender um aluno, trabalhar em um local, fixa em um local para você não precisar em cada reunião ter que ir para um local, né! Isso eu acho que impactaria sim.*

Doc. : Isso te frustra, as estruturas, enquanto professor?

Inf. 09: *Às vezes sim pelas dificuldades que tem né? Em alguns momentos que tem de você conseguir marcar uma simples reunião e ter uma sala disponível. Isso é cansativo.*

Doc. : Mas será que você é assim, por que a pós-graduação é mais quantidade que qualidade, publicação em Qualis A, Qualis B...

Inf. 10: *Eu não me sinto competindo com os outros, mas sinto responsável por ter as coisas, porque eu tô no programa e comigo, eu fico querendo melhorar, eu não culpo ambiente externo, eu acho que sou eu também, sabe?*

Doc. : Mas você acha que alguma coisa deveria melhorar nos programas de pós-graduação para a vida do professor, pensando na saúde do professor?

Inf. 10: *Sim. Vou falar do lugar onde eu estou. Aqui mesmo quando está calor é insuportável, faz 40 graus então isso me deixa chateada, então o que acontece eu trabalho quando posso em casa, que eu tenho condições melhores, eu acho que uma sala de aula com temperatura direitinho é esses confortos eu não acho que é bobeira, eu acho que faz a diferença, nesse sentido sim.*

Fonte: autora, 2019.

Conceito chave em todas as repostas dos docentes é o sofrimento com a exigência de uma produção acadêmica quantitativa, definida por comissões reguladoras e normatizadoras da pós-graduação no Brasil. A pressão em publicar causa mal estar que gera insônia, ansiedade, estresse e frustração.

Para 100% dos pesquisados o sistema de avaliação da CAPES precisa mudar, para atuar com diferenciação entre áreas e a partir da realidade de cada programa, talvez a CAPES precisa retomar o relatório de Rudolph P. Atcon publicado pelo MEC em 1966 que propõe a criação de dois fundos, em cada programa de pós-graduação: um fundo de Aperfeiçoamento de Pessoal Docente e outro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (ALMEIDA, 2017). Pois o excesso de cobrança sem investimento é a reprodução da exploração do mercado capitalista na produção científica acadêmica, o que deveria ser um princípio libertador de uma nação, o conhecimento, está mais voltado para superação de números frios e burocracia sem medir o real desenvolvimento científico do país.

Podemos falar em hipocrisia, porque, não faz sentido que a pós-graduação continue com objetivos de um sistema projetado para elite, mas mantendo ensino massificado para um mercado de trabalho saturado. E na forma de objetivação que é preciso colocar à parte como se observa em relação ao título de Mestre ou Doutor, pois confere o capital cultural de que é supostamente a garantia de propriedades inteiramente originais (NOGUEIRA e CATANI, 2015) ainda ocorre o poder de instituir, de reconhecer e estabelece o valor no plano do capital cultural em dinheiro, pelo qual poderia ser trocado no mercado de trabalho, rebaixamento do conhecimento, que nem mais isso há garantida de acontecer atualmente no Brasil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indicamos no início desta pesquisa três problemas para respondermos, sendo: (a) Qual a incidência da cultura com a saúde, o desenvolvimento humano e sustentável? (b) Os docentes da pós-graduação em educação, considerados, inicialmente, com alto nível de literacia saberão tomar decisões para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos para a sua saúde? (c) Com toda a dinâmica, responsabilidades, cobranças e dificuldades no ensino superior brasileiro, o professor universitário de pós-graduação em educação, exercita suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para adoção de um estilo de vida promotor de saúde? (d) Respondendo a essas perguntas será que podemos concluir que o ambiente em programas de pós-graduação é sustentavelmente profícuo?

As hipóteses indicadas para responder as perguntas acima, no início desta pesquisa foram: com relação à primeira (a), podemos afirmar que a cultura é transversal, incide diretamente em todos os aspectos decisórios de nossas vidas; já nas alíneas (b) e (c) articularíamos que os professores, Doutores em Educação, saberão, com certeza, tomar as melhores decisões e exercitar suas capacidades para uma vida saudável e de pleno bem estar, e; com relação à última questão (d), basta uma olhada rápida nos noticiários brasileiros para reconhecemos que as pós-graduações, não são ambientes promotores de saúde, devido sua instabilidade orçamentária, ano de 2019, enquanto um Programa governo.

Mas as respostas não se provaram na forma dessas hipóteses reducionistas. Com relação ao problema (a) Qual a incidência da cultura com a saúde, o desenvolvimento humano e sustentável? Apontamos que o pensamento humano é um ato aberto conduzido em termos de materiais objetivos da cultura comum, no sentido tanto do raciocínio orientado como da formulação dos sentimentos, assim como da integração de ambos, os processos mentais do homem ocorrem nos espaços de trocas simbólicas nas relações sociais. Significa que conceber o pensar como um ato social realizado junto a outras ações coletivas pode desempenhar um papel muito construtivo, isto é, abre-se a perspectiva de que o pensamento consiste em um tráfico de símbolos significantes e objetos em experiência sobre os quais os homens imprimem significado. Assim a cultura não somente incide na saúde e no desenvolvimento sustentável, mas são por intermédio dos padrões culturais amontoados, ordenados e carregados de símbolos significativos que o homem encontra sentido nos acontecimentos vividos para se orientar no mundo, independente do nível de atuação. Por mais intrincado que

seja o princípio orientador é o mesmo: cada sociedade contém suas próprias interpretações desenvolvidas nas práticas culturais, trocas e relações sociais e estas, por sua vez, impactam o desenvolvimento cerebral e a construção de uma sociedade superior. Assim, se não vivemos em forma saudável e sustentável é porque estes símbolos não estão presentes na sociedade em que convivemos.

Com relação ao problema (b), os docentes da pós-graduação em educação, considerados, inicialmente, com alto nível de literacia saberão tomar decisões para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos para a sua saúde? Afirmamos que sim, já que 80% dos pesquisados têm literacia para a saúde, mas a questão não é tão simples, os professores estão inseridos em um contexto que a saúde não é simbolicamente representada, o que foi comprovado pelo questionário HLS-EU-PT, 50% dos entrevistados afirmaram ter mais de uma doença e 20% ter uma doença de longa duração, conclui-se que 70% dos docentes deste programa de pós-graduação estão com alguma patologia.

Sobre a questão (c) com toda a dinâmica, responsabilidades, cobranças e dificuldades no ensino superior brasileiro, o professor universitário de pós-graduação em educação, exercita suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para adoção de um estilo de vida promotor de saúde? Concluimos que os docentes exercem suas capacidades de compreensão e gestão, mas o investimento é prejudicado pelo fato do tempo indisponível para adoção de um estilo de vida saudável de 70% dos pesquisados.

E por último a questão (d), respondendo a todas essas questões será que podemos concluir que o ambiente em programas de pós-graduação é sustentavelmente profícuo? Demostramos que os docentes sofrem pressões para publicação em revistas e periódicos, que não são reconhecidos muitas das vezes pelos seus próprios pares (não atuante na pós-graduação), uma vez que não é uma “obrigação”, não há aumento salarial e ou diminuição da carga horária na graduação, visto apenas como uma vaidade individual. Para os professores na pós-graduação é um sofrimento lidar com a não compreensão de outros professores, pois, a pós-graduação é o local de desenvolvimento de pesquisa de uma Universidade.

Verificamos que o trabalho docente causa instabilidade na saúde mental, por não ter tempo livre e que muitas das suas horas de trabalho não são consideradas; um dos grandes índices de excitação do aparelho mental que gera adoecimento está diretamente vinculado ao sistema de avaliação das agências de fomento, que nivela todos os pesquisadores e instituições com base em parâmetros que podem não diferenciar e nem respeitar as condições de cada programa: sua infraestrutura, seu histórico em pesquisa e seu tempo de existência.

Questiona-se, também, se a base desses critérios para o estabelecimento de regras de desempenho dos programas não teria sido criada observando o desempenho dos programas das universidades brasileiras de referência, detentoras de reconhecimento nacional e até mesmo internacional e que, inclusive, podem estar atuando há muito tempo na pesquisa acadêmica estando, portanto, institucionalizada a prática da pesquisa.

O universo de gestão na pós-graduação parece que está na lógica capitalista e produtivista e os educadores estão criando uma cultura organizacional que mantém o poder político institucionalizado, que afeta diretamente a saúde mental dos docentes. O professor é influenciado pelo meio social e enxerga que suas particularidades e subjetividades podem não estar sendo consideradas, sendo substituídas por um comportamento padronizado. Admite-se existir uma força opressora da organização produtiva intelectual, muito próxima de um modelo exportado norte americano que tem prejudicado a saúde dos docentes.

Conclui-se que a saúde mental dos docentes está diretamente relacionada ao processo produtivo e que há um aumento da produção intelectual, mas os problemas desse desenho têm trazido complicações de ordem mental. Assim, cabe ao gestor, em qualquer natureza institucional, reconhecer esses problemas e encontrar alternativas para que os trabalhadores não deixem de ser produtivos, mas também possam atuar em um ambiente que favoreça seu bem estar e sua contribuição para o desenvolvimento nacional.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o nível de literacia para a saúde dos docentes de pós-graduação em educação, de uma universidade federal, para compreender se esses profissionais exercitam suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para a adoção de um estilo de vida saudável na perspectiva sustentável, assim chegamos ao final com uma indagação – Os participantes desta pesquisa têm literacia para a saúde, mas até que ponto um indivíduo com LS suficiente ou excelente pode ser realmente saudável em um trabalho ou um sistema adoecido? Se a saúde é um fenômeno psicossocial construído, então, o desenvolvimento da LS conseguirá promover o empoderamento do indivíduo em uma sociedade sem os símbolos culturais, da saúde e do desenvolvimento sustentável, necessários para constituir o ato de pensar e de ordenar suas vidas?

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Karla. **A pós-graduação no Brasil: história de uma tradição inventada**. 2017. 213 F. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- ANASTASIOU, Lea das Graças C.; PIMENTA, Selma G. **Docência no ensino superior**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- BENAVENTE, A. **A Literacia em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Conselho Nacional de Educação, 1996.
- BARRETT, S., Puryear, J., Westpheling, K. (2008). **Health literacy practices in primary care settings: examples from the field**. Nova Iorque: The Commonwealth Fund. Disponível em www.commonwealthfund.org/user_doc/Barrett_hl-literacypracticesprimarycaresettingsexamplesfield_1093.pdf?section=4039 Acesso em 1^a de setembro de 2018.
- BOURDIEU, Pierre. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: UNESP, 2004. 86 p.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1999.
- BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB Lei n.º 9394/96**.
- CAPES. **Comissão Especial de Acompanhamento do PNPG-2011-2020**. Relatório Final 2016. Brasília. Fev.2017.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- CASSANDRE, Marcio. A Saúde de Docentes de Pós-graduação em Universidades Públicas: Os Danos Causados pelas Imposições do Processo Avaliativo. **Revista Mal-estar e subjetividade** [Internet]. 2011 Junho; XI: 779-816. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v11n2/13.pdf>
- CATANI, A. M.; CATANI, D. B.; PEREIRA, G. R. M. Pierre Bourdieu: as leituras de sua obra no campo educacional brasileiro. In: TURA, M. L. R. (org.) **Sociologia para educadores**. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Quartet, 2006.
- COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.315-333. 2002.
- Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association. 1999. Health literacy: Report of the council on scientific affairs**. Journal of the American Medical Association, **281**, 552-557

CUNHA, Luís Antônio. A pós-graduação no Brasil: função técnica e função social. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, p. 66-70, set./out. 1974.

FEIL E SCHREIBER. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: desvendando as sobreposições e alcances de seus significados. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, nº 3, Artigo 7, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2017.

FREUD, S. (1920-1922). **Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos**. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1927) **O futuro de uma ilusão**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1930 [1929]) **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GATTI, Bernadete Angelina. **Políticas docentes no Brasil: um estado da arte**. Brasília: UNESCO, 2011.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2008.

G.S. & Jourdan, D. A Literacia em Saúde: A perspectivas, diferentes Olhares In: C.A.O.M. Júnior, A.L. pp. Júnior & M.J. Corazza (Org.). **Ensino de Ciências: múltiplas**. Curitiba: Importância dos Contextos Sociais. Editora CRV. 2014. p 99 -122.

HEALTH Canada (1999). **Toward a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians**. Disponível em www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd/report.html. Acesso em 1ª de set. de 2018.

HOWARD, Albert Sir (1873-1947). Um testamento agrícola. 1. ed. São Paulo: **Expressão Popular**, 2007.

KICKBUSCH, I. **Health literacy: Addressing the health and education divide**. Health Promotion International, 2001.

KICKBUSCH, I.; Wait, S.; Maag, D. **Navigating health: The role of health literacy**. London International Longevity Centre. Alliance for Health and the Future, 2006.

KLEINMAN, Arthur; EINSENBURG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.88, p.251-258. 1978.

LAPLANTINE F. **Antropologia da saúde**. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: COSACNAYF, 2003.

MANCEBO, Deise; FAVÉRO, M. (Org.). **Universidade: política, avaliação e trabalho docente**. São Paulo: Cortez, 2004.

MASETTO, Marcos Tarciso. **Competência Pedagógica do Professor Universitário**. São Paulo: Summus, 2012.

MONTEIRO, Maria. M. M. C. F. **A Literacia em Saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Departamento das Ciências de Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

MOROSINI, Marília Costa (Org.). **Professor do ensino superior: identidade, docência e formação**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000.

NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (org.). **Pierre Bourdieu**. Escritos de educação. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NUTBEAM, D. **Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century**. Health Promotion International, 2000.

NUTBEAM, D. **The evolving concept of health literacy**. Social, Science & Medicine, 2008.

OLIVEIRA, Hailton Barreiro. A Formação Pedagógica de Professores na Pós-Graduação Stricto Sensu: Os casos UFU e UFMG. **Póiesis Pedagógica** - v.9, n.2 ago/dez.2012; p.03-19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf. Acesso em 1 Set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Health promotion glossary**. OMS, Genebra, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active ageing: a policy framework**. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Acesso em 1 Set. 2018.

SAHLINS, Marshall. **Cultura na prática**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

SABOGA. Nunes, L., Sorensen, K., Pelikan, J. M. Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). **VIII Congresso Português de Sociologia 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas**, Évora, 2014.

_____. Cross-Cultural Adaptation and Validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT). Aten Primaria. 2014a; 46: 13.

_____. Literacia para a saúde: compreendendo seu alcance, objetivos, metodologia e contribuição no contexto da promoção da saúde. Grupo de Disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde / **Secção de Saúde Pública e Comunidade Escola Nacional de Saúde Pública** – Universidade NOVA de Lisboa, 2016.

SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SIMONDS, S.K. **Health education as social policy**. Health Education Monograph, 1974.

SOARES, Susana Arrosa (Org.). **A Educação Superior no Brasil**. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2002.

Social Determinants of Health: The Solid Facts, 2003. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf Acesso em 22 de julho de 2019.

TONES, K. **Health literacy**: New wine in old bottles. Health Education Research, 2002.

UNESCO. **Youth and Adult Literacy in Brazil**: learning from practice. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?q=UNESCO+\(2009\).+Education%2FLiteracy.&oq=UNESCO+\(2009\).+Education%2FLiteracy.&aqs=chrome..69i57.536j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/search?q=UNESCO+(2009).+Education%2FLiteracy.&oq=UNESCO+(2009).+Education%2FLiteracy.&aqs=chrome..69i57.536j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8). Acesso em 1 Set. 2018.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.497-504. 1994

VECCHIATTI, K. Três fases rumo ao desenvolvimento sustentável: do reducionismo à valorização da cultura. **Perspectivas** v. 18 n. 3. São Paulo: jul./set. **ANO**.

VOZIKIS, A. Health literacy among university students in Greece: Determinants and association with self-perceived health, health behaviours and health risks. *Archives of Public Health*, 2014.

WULFF, H. R.; PEDERSEN, S. A. & ROSENBERG, R. **Filosofia della Medicina**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

8 APÊNDICE

8.1 APENDICE A: PERGUNTAS ABERTAS REALIZADAS DURANTE AS ENTREVISTAS

- 1) Para você saúde se dá no contexto biológico da vida?
- 2) Você compreende que processo saúde-doença é um fenômeno psicossocial, historicamente construído?
- 3) O que significa doença para você?
- 4) O que significa saúde para você?
- 5) Qual o impacto dos meios de comunicação em suas atitudes e decisões para a saúde pessoal?
- 6) Você compreende que seu médico pode sofrer influência do mercado farmacêutico e mediático?
- 7) Caso você consulte um médico e este lhe ofereça uma amostra grátis de um medicamento para um tratamento. Você o usa e agradece, afinal é uma economia. Pede mais informações ao seu médico ou pesquisa em outros meios de comunicação?
- 8) Você confia plenamente nas indicações farmacológicas do seu médico?
- 9) Para você, características ou fatores culturais podem estar relacionados à produção das desigualdades em saúde, expondo segmentos da população a uma condição de maior vulnerabilidade?
- 10) Qual o impacto do meio social em que você vive sobre suas decisões, ações e atitudes para a sua saúde?
- 11) O seu trabalho, enquanto professor na pós-graduação, favorece uma boa saúde?
- 12) Se não, o que deveria mudar para melhorar a sua saúde?
- 13) Contextos de acolhimento que trabalhem o respeito diversidade e a pluralidade humana, podem ter resultados melhores para a saúde?
- 14) É possível falar em saúde sem o envolvimento direto do autocuidado dos sujeitos?
- 15) A prática do autocuidado pode ser ensinada na escola?
- 16) Como a ideia da relativização ou a abordagem hermenêutica é tarefa importante para a saúde e fundamental para produção das linhas do cuidado, isto é, seria importante repensar o modelo de assistência praticado, priorizando o ato cuidado e a autonomia dos sujeitos?
- 17) Você pode refletir sobre aonde vai chegar a tecnologia em saúde e quem poderá pagar por ela?
- 18) Você, enquanto professor, compreende que a capacidade de ler (literacia) para a saúde é uma tarefa da escola?
- 19) O desenvolvimento cultural do indivíduo tem impacto direto em sua saúde e influência no meio ambiente?
- 20) A saúde é o silêncio na vida dos órgãos ou é a capacidade que os sujeitos têm de gastar a vida?

9 ANEXOS

9.1 ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LITERACIAS PARA A SAÚDE: SUSTENTABILIDADES CULTURAL, AMBIENTAL E SOCIAL NO CAMPO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL

Pesquisador: ACIR MÁRIO KARWOSKI

Área Temática:

Verão: 7

CAAE: 1251115.9.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Fatocredenciador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 3.347.621

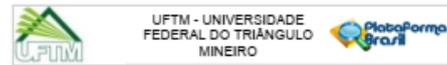
Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores, "Neste trabalho de pesquisa abordamos a literacia em seu aspecto global, isto é, como sustentabilidade cultural, social e ambiental. Para tanto definimos como público participante docentes de pós-graduação por serem a expressão do mais alto nível em literacia na educação.

Ao realizar incluímos os participantes em um campo importante de estudo nesta pesquisa, um programa de pós-graduação em educação no Brasil, que olhamos com uma lupa e sob a ótica da aplicabilidade do conceito de literacias para a saúde, visando o bem-estar desses profissionais, ou seja, a sustentabilidade em seu aspecto global no segmento profissional dos docentes os quais, por sua vez, colaboram para sustentabilidade de um país com a produção de pesquisa e conhecimento.

O termo literacia inspirado da literatura anglo-saxônica (literacy) diz respeito ao "conjunto das habilidades da leitura e da escrita". Na literatura de língua inglesa, o termo literacy não se confunde com a aprendizagem inicial da leitura, que é denominada reading acquisition, reading instruction, beginning literacy campo de estudos que trata dos processos cognitivos e da intervenção pedagógica cujo objetivo é auxiliar o aluno nessa aprendizagem (GABRIEL, 2017).

A compreensão que permite aprender algo por meio da leitura é realizada a partir da captação das principais ideias que entendemos com a leitura de textos, que por sua vez é literacia propriamente



Continuação de Parecer: 3.347.621

dia, sem menosprezar a necessidade da intervenção pedagógica no ensino do uso de conectivos, tempos verbais, processos de referenciação anafórica e catafórica (GABRIEL, 2017), a literacia só é possível a partir de um determinado acúmulo cultural o que justifica o público participante desta pesquisa.

Indicamos o desenvolvimento sustentável como matriz dedutiva neste projeto - afirmando que a ênfase na cultura é fundamental para a sustentabilidade. Consoante ao tema, vamos definir nosso entendimento de Cultura a partir de Geertz (1989), Safrâns (2004), Levi Strauss (2003).

O conceito de cultura para Geertz (1989) é essencialmente semântico, ciência geral dos signos. Acrescentando como Weber que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assume a cultura como sendo essas teias e a sua análise. É a cultura como ciência interpretativa à procura de significados.

Vejamos o conceito - a cultura é pública - consiste em estruturas de significados socialmente estabelecidas e algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os conhecimentos sociais, os comportamentos, as instituições e ou os processos - a cultura é um contexto dentro do qual pode ser descrito.

Safrâns (2004), também, coloca a relação da prática e da estrutura para cada indivíduo como um ser social individual. É na estrutura que o signo é fixado por relações diferentes com outros signos - é na ação que ela acontece de maneira variada no contexto da situação. A ação começa e termina na estrutura partindo da biografia do indivíduo como ser social e terminando na absorção de seu ato num prático inerte cultural. Neste ínterim, a condição da cultura tal como constituída pode ampliar as consequências das ações de um indivíduo e a estrutura pode se transformar.

Levi Strauss (2003) em uma categoria de entendimento inspirado pela lingüística como o tema central para a cultura, em uma relação do social e do simbólico, mas compreendendo que relações sociais são uma realidade secundária à comunicação e toda relação é simbólica permeada por significados e sentidos, sendo o símbolo que constitui o social e não ao contrário, introduz a noção de sistema do eu e do outro dentro do método fonológico anal.

Por conseguinte educação, saúde, desenvolvimento sustentável na compreensão desse projeto terão desenvolvimento significante a partir do entendimento de cultura que impõe as decisões de cada indivíduo para alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar de forma completa na sociedade (UNESCO, 2003).

Portanto, pesquisar literacia em saúde é afirmar que a cultura incide diretamente na saúde, no meio ambiente, na gestão pessoal e no desenvolvimento humano pleno?

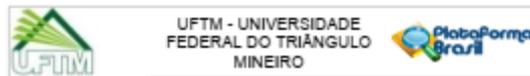
É decerto concluir que as pessoas com alto nível de literacia e assim de cultura, como docentes de



Página 04 de 04



Página 04 de 04



Continuação de Parecer: 3.347.621

Pós-Graduação, saberão tomar decisões para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias digitais, de acordo com os diversos contextos para a literacia em saúde?

Com toda a dinâmica, responsabilidades, cobranças e dificuldades no ensino superior brasileiro, o professor universitário de pós-graduação exercita suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para adoção de um estilo de vida promotor de saúde? E respondendo a esta pergunta podemos concluir que o ambiente em programas de pós-graduação é sustentavelmente profícuo? Estas são as questões que pretendemos responder com a pesquisa.

Para responder as perguntas acima, o Projeto se apoiará em uma das vertentes da Escola Histórica Cultural Norte Americana, da linguagem e cultura, a geração contemporânea enfatizou um conceito de cultura mais refinado e daí surgiu a Escala Interpretativa Norte Americana do Geertz que vai entender a cultura como sistema simbólico, escola influenciada por Weber e a hermenêutica filosófica.

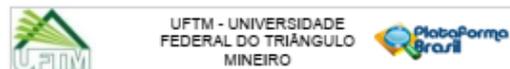
Conforme essa Escola, a análise cultural deve ser uma avaliação das conjunturas, uma adinervação de significados, um traço de conclusões explanatórias sendo interpretativa, o objeto da interpretação é o fluxo do discurso social que são interpretações sociais, registro descritivo da interpretação social e descrição microscópica.

O ponto global dessa abordagem semiótica da cultura é auxiliar-nos no projeto para ganhar o acesso aos sujeitos da pesquisa e ao mundo conceitual que eles vivem, fornecendo um vocabulário que possa ser expresso o que o ato simbólico tem a dizer sobre ele mesmo, isto é, sobre o papel da cultura/literacia em saúde da vida de cada sujeito participante da pesquisa.

Outra Escola que norteia o projeto é a vertente contemporânea da Escola Francesa de Sociologia que é fundamentalmente Levi Strauss (2003) que dá continuidade a Durkheim e Marcel Mauss em uma categoria de entendimento inspirado pela lingüística. A linguagem é vista como uma estrutura da psiquê humana; então a cultura também seria assim, com inspiração no existencialismo de Sartre e, ainda, na reformulação a questão da mudança social e continuidade da estrutura social.

Para Levi Strauss são pesquisas as relações sociais e estão relacionadas em como o homem pensa em categorias de entendimento da realidade. Surge de uma formalização e obstrução da realidade social que se insira na psicanálise, dos aspectos empíricos da realidade social de pressuposto fundamental e da noção de estrutura social que não pode ser reduzida às relações sociais.

Seguindo nesta Escola e na lógica teórica, discutimos neste projeto Bourdieu e sua noção de campo. Antes é preciso citar a apropriação de Pierre Bourdieu e a para a educação no Brasil e



Continuação de Parecer: 3.347.621

suas contribuições para a sociologia da educação nas obras de Castani, Castani, Fereis (2006) e Nogueira e Nogueira (2007). De acordo com Castani, a presença ou a utilização do conceito de campo na produção educacional têm sido recorrentes, mas nem sempre acompanhadas de uma incursão mais demorada pela obra de Bourdieu. E no que não pretendemos incorrer.

Pensar a partir do conceito de campo é pensar de forma relacional. É conceber o objeto ou fenômeno em constante relação e movimento. O campo também pressupõe contexto, tomada de posição, luta, tensão, poder, já que, de acordo com Bourdieu, todo campo "é um campo de forças e um campo de lutas para conservar ou transformar esse campo de forças" (BOURDIEU, 2004, p. 22-23).

Os campos são formados por agentes, que podem ser indivíduos ou instituições, os quais criam os espaços e os fazem existir pelas relações que aí estabelecem. Um dos princípios dos campos, à medida que determina o que os agentes podem ou não fazer, é a "estrutura das relações objetivas entre os diferentes agentes" (BOURDIEU, 2004, p. 23). Assim, é o lugar que os agentes ocupam nessa estrutura que indica suas tomadas de posição.

Seguindo na perspectiva do Campo em Bourdieu, abordaremos em diálogo com Monsoni (2000) o professor universitário em seu papel social, temas como mal-estar docente, ou profissional individual e coletivo, processo identitário, análise da contextualização da trajetória de construção/construção dos docentes do ensino superior, tendo por horizonte a inerente relação pessoa/profissão, literária/cultura e saúde - pesquisados dentro do seu campo de atuação - Programa de Pós-Graduação em Educação. E para discutir Literacia para a Saúde nossa referência é Saboga (2014) que ensina a abordar Literacia e Saúde é fazer uma análise biológica personalizada que estabelece perspectivas diferenciadas entre literacia em saúde e literacia da saúde. Literacia em saúde é estemo ao sujeito que está para além de si próprio, e em relação ao qual ele pode desenvolver maior ou menor grau de apropriação. E literacia da saúde é interno como uma componente intrínseca ao indivíduo, a discussão centra no próprio ator, que se relaciona com o tema como algo intrínseco, pertencente a si mesmo.

A Literacia para a Saúde é formatada a partir de determinantes sociais e ambientais que podem ser caracterizadas em determinantes de contexto e pessoais. Dentro dos determinantes pessoais, considera-se o sentido de coerência dado o seu impacto significativo na saúde dos indivíduos (SABOGA-MUNES, 1999). Desto modo contribui para a definição do conceito a caracterização das capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento que são elementos fundamentais que acompanham ao longo do ciclo de vida de uma pessoa a sua adoção de estilos de vida



Página 04 de 04



Página 04 de 04



Continuação de Parecer: 32/2019

promotora de saúde.

O Projeto aqui apresentado também está em diálogo com grupo de pesquisa de Promoção em Comunicação, Educação e Literacia para a Saúde no Brasil (ProLiSaBr) que é vinculado ao Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais (IELACHS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, cuja linha de pesquisa são - Educação, comunicação, tecnologias e literacia – Interface educação, saúde, políticas públicas e literacia para a saúde.

O ProLiSaBr é um grupo formado por pesquisadores, docentes da graduação e pós-graduação, profissionais de áreas afins, egressos dos Programas de Graduação e Pós-Graduação na área de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, técnicas e colaboradores convidados de outras IES nacional ou internacional. Foi criado em 2014 a partir de articulações de pesquisadores da UFTM e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa, com o objetivo de promover um espaço de discussão e produção de conhecimentos entre os países que compõem a lusofonia.

Objetivo da Pesquisa:

Consta:

*Analisar o nível de literacia em saúde dos Docentes do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender, dentro da realidade do ensino superior brasileiro, se os profissionais exercitam suas capacidades pessoais de compreensão, gestão e investimento para adoção de um estilo de vida saudável na perspectiva cultural e sustentável.

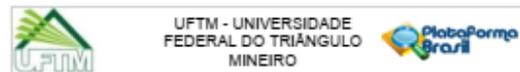
Investigar o conceito de cultura/literacia no ensino superior (pós-graduação) na perspectiva da Escola Francesa de Sociologia – estruturalista”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, “Não há risco de participação nesta pesquisa. Esperamos contribuir para um debate global da educação e seu impacto para a saúde dentro do campo delimitado e na subjetividade do caminho inverso à saúde em programas de pós-graduação em educação, como articulador da educação e do desenvolvimento sustentável e da potencialidade para uma sociedade superior com acesso aos bens necessários para uma vida digna. Nenhum participante da pesquisa será remunerado nem receberá qualquer bonificação por participar. Participar da pesquisa constitui-se em um ato voluntário por parte do docente do PPGC. A pesquisa acontecerá somente

Endereço: Rua Celso Proença, 181
Bairro: Nossa Sra. Rainha CEP: 38228-280
UF: MG Município: UBERABA E-mail: cep@uftm.edu.br
Telefone: (31)3700-6803

Página 04 de 07



Continuação de Parecer: 32/2019

se mais de 50% dos docentes (7 professores) do programa aderirem à aplicação do questionário e realizarem as entrevistas autogravadas”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Concluídas ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e Norma Operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que de acordo com as orientações da CONEP, o pesquisador deve notificar na página da Plataforma Brasil, o início do projeto. A partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestrais), assim como também é obrigatória a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais e critério do CEP:

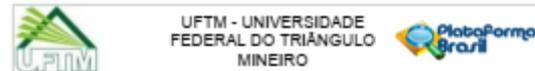
Aprovado em reunião de Colegiado do CEP-UFTM em 05/04/2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMACOES_BASICAS_ID_PROJETO_1185587.pdf	27/03/2019 08:21:39	ADIR MARIO KARWOSKI	Aceito
Outros	PROLISABR.DOCX	27/03/2019 08:21:11	ADIR MARIO KARWOSKI	Aceito
Outros	PELEDI_convencoes_sua_transcricao.doc	27/03/2019 08:28:35	ADIR MARIO KARWOSKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	SUMAYRA_Formulario_CEP_UFTM.doc	27/03/2019 19:12:52	ADIR MARIO KARWOSKI	Aceito
Instituição	TCLE_Sumayra_Final.doc	27/03/2019 19:11:17	ADIR MARIO KARWOSKI	Aceito
TCLC / Termos de Assesmentto / Justificativa de Avaliação				
Dedicação de	Sumayra_Dedicao_Co-participacao	15/03/2019	ADIR MARIO	Aceito

Endereço: Rua Celso Proença, 181
Bairro: Nossa Sra. Rainha CEP: 38228-280
UF: MG Município: UBERABA E-mail: cep@uftm.edu.br
Telefone: (31)3700-6803

Página 04 de 07



Continuação de Parecer: 32/2019

Instituição e UF/Instituição	PPGC.pdf	17:58:20	KARWOSKI	Aceito
Fórmula de Renda	Sumayra_Fórmula_de_RendaCEP.pdf	15/03/2019 17:58:05	ADIR MARIO KARWOSKI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 07 de Abril de 2019

Assinado por:
Alexandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Celso Proença, 181
Bairro: Nossa Sra. Rainha CEP: 38228-280
UF: MG Município: UBERABA E-mail: cep@uftm.edu.br
Telefone: (31)3700-6803

Página 04 de 07

**9.2 ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS
ESCLARECIMENTO.**

**TÍTULO DO PROJETO: LITERACIA PARA A SAÚDE: SUSTENTABILIDADE
CULTURAL, AMBIENTAL, SOCIAL NO CAMPO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL.**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, **LITERACIA PARA A SAÚDE: SUSTENTABILIDADE CULTURAL, AMBIENTAL, SOCIAL NO CAMPO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA FEDERAL**, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

9.3 ANEXO C: QUESTIONÁRIO HLS-EU-PT

<p>Numa escala que vai de 1Muito fácil, 2fácil, 3 difícil 4 Muito difícil quão fácil, diria, que é:</p>	Muito fácil	Fácil	Difícil
1 . "... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
2 "... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou preocupam? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
3 "... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
4 "... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um posto de saúde, hospital, médico, farmacêutico, psicólogo) "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
5 "... compreender o que seu médico lhe diz? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
6 "... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
7 "... compreender o que fazer numa emergência médica? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
8 "... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento que lhe foi receitado? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
9 "... avaliar como é que a informação proveniente do seu médico se aplica ao seu caso? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde
10 "... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento? "	1	2	3 4 5 Não Sabe/não responde

	responde
11 "... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
12 "... avaliar, se a informação sobre a doença, nos meios de comunicação, é de confiança? " (por ex. TV, rádio, Internet ou outros meios de comunicação)	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
13 "... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
14 "... seguir/cumprir instruções sobre medicação? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
15 "... chamar uma ambulância numa emergência? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
16 "...seguir/cumprir as instruções do seu médico ou farmacêutico? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
17 "... encontrar informações para lidar com comportamentos que afectam a sua saúde tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em excesso? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
18 "... encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental, tais como stresse ou depressão? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
19 "... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer? " (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial)	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
20 "... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde
21 "... compreender avisos relativos à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u>

em excesso? "	<u>5</u> Não Sabe/não responde
22 "... compreender porque precisa de vacinas? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
23 "... compreender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
24 "... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, em aspectos tais como fumar, atividade física insuficiente e tomar bebidas alcoólicas em excesso? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
25 "...avaliar quando precisa ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
26 "... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
27 "... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
28 "... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde nos meios de comunicação são de confiança? (por ex. TV, rádio, Internet ou outros meios de comunicação) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
29 "...decidir se deve fazer a vacina contra a gripe? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
30 "... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
31 "... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, tv,, radio, internet ou outros meios de comunicação) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde

32 "... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
33 "... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
34 "... encontrar informações que contribuam para que o seu bairro possa tornar-se mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
35 "... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de assistência à saúde da população, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
36 "... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no local onde trabalha? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
37 "... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
38 "... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
39 "... compreender a informação recebida dos meios de comunicação para se tornar mais saudável? " (por ex. rádio, Internet, jornais, revistas) "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
40 "... compreender a informação que visa manter a sua mente saudável? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
41 "... avaliar até que ponto a região onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar? " (por ex. a sua comunidade, seu bairro, seu município)	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde
42 "... avaliar o modo como as condições da sua habitação ajudam a manter-se saudável? "	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> Não Sabe/não responde

<p>43 "... avaliar se seu comportamento no dia a dia está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "</p>	<p><u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde</p>
<p>44 "... tomar decisões para melhorar a sua saúde? "</p>	<p><u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde</p>
<p>45 "... integrar um clube desportivo ou aula de ginástica se desejar? "</p>	<p><u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde</p>
<p>46 "... influenciar as condições da sua vida que afetam a sua saúde e bem-estar? (por ex. ingestão de bebidas alcoólicas, hábitos alimentares, exercício, etc) "</p>	<p><u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde</p>
<p>47 "... participar em atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade? "</p>	<p><u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> 5 Não Sabe/não responde</p>
<p>3 Tem alguma doença de longa duração ou problema de saúde? (Por longo prazo, consideram-se problemas que duraram, ou espera que venham a durar, 6 meses ou mais.) (ler e atribuir uma resposta por pergunta)</p> <p><input type="radio"/> Sim mais de uma <input type="radio"/> Sim uma <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe/não responde</p>	
<p>4 Nos últimos 6 meses (pelo menos), os seus problemas de saúde limitaram as atividades que habitualmente desenvolve? (ler e atribuir uma resposta por pergunta)</p> <p><input type="radio"/> Limitaram severamente <input type="radio"/> Limitaram, mas não severamente <input type="radio"/> Não limitaram <input type="radio"/> Não Sabe/não responde</p>	
<p>5 Que tipo de sistema/seguro/convênio de saúde tem? (ler e atribuir uma resposta por pergunta)</p> <p><input type="radio"/> Sistema Único de Saúde <input type="radio"/> Público e privado <input type="radio"/> Privado <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Não Sabe/não responde</p>	
<p>Q 6 Quantas vezes...?</p> <p>1 "... teve de recorrer a um serviço de urgência nos últimos 2 anos? (por ex.: uso de uma ambulância, centro de saúde ou clínica funcionando fora das horas normais de expediente tipo pronto atendimento, serviço de urgência de um hospital) " (mostrar VAS)</p> <p><input type="radio"/> 0 vezes responde <input type="radio"/> 1 - 2 vezes <input type="radio"/> 3 - 5 vezes <input type="radio"/> 6 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe/não responde</p>	
<p>2" ... foi ao médico nos últimos 12 meses? "</p> <p><input type="radio"/> 0 vezes responde <input type="radio"/> 1 - 2 vezes <input type="radio"/> 3 - 5 vezes <input type="radio"/> 6 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe/não responde</p>	

<p>3 "... utilizou um serviço hospitalar nos últimos 12 meses? "</p> <p><input type="radio"/>0 vezes responde <input type="radio"/>1 - 2 vezes <input type="radio"/>3 - 5 vezes <input type="radio"/>6 vezes ou mais <input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p>
<p>4" ... usou os serviços de outros profissionais de saúde, como dentista, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, ou oftalmologista nos últimos 12 meses? "</p> <p><input type="radio"/>0 vezes responde <input type="radio"/>1 - 2 vezes <input type="radio"/>3 - 5 vezes <input type="radio"/>6 vezes ou mais <input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p>
<p>Q 7 Quanto a fumar cigarros, charutos ou cachimbo, qual das seguintes condições se aplica a você?</p> <p style="text-align: right;">(ler e atribuir uma resposta por pergunta)</p> <p><input type="radio"/>fuma atualmente Sabe/não responde <input type="radio"/>costumava fumar, mas já parou <input type="radio"/>nunca fumou <input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p> <p>se a resposta foi "<i>fuma atualmente</i> ", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 9</p> <p>8 Usa os seguintes produtos do tabaco todos os dias, ocasionalmente ou nunca? (mostar AVS)</p> <p>cigarros manufacturados <input type="radio"/>todos os dias <input type="radio"/>ocasionalmente <input type="radio"/>nunca <input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p> <p>cigarros enrolados <input type="radio"/>todos os dias <input type="radio"/>ocasionalmente <input type="radio"/>nunca <input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p>
<p>Q 9 Durante os últimos 12 meses, bebeu qualquer bebida alcoólica (cerveja, vinho, bebidas destiladas, cidra ou outras bebidas tradicionais)?</p> <p><input type="radio"/>Sim <input type="radio"/>Não <input type="radio"/>Não Sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA]</p> <p>se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 14</p>
<p>10 Quantas vezes nos últimos 12 meses, você tomou cinco ou mais bebidas numa ocasião? (mostar AVS)</p> <p><input type="radio"/>Várias vezes por semana <input type="radio"/>Uma vez por semana <input type="radio"/>Uma vez por mês <input type="radio"/>Menos do que uma vez por mês <input type="radio"/>Nunca <input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p>
<p>11 Bebeu quaisquer bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas destiladas, cidra ou outras bebidas tradicionais) nos últimos 30 dias?[APENAS UMA RESPOSTA]</p> <p><input type="radio"/>Sim <input type="radio"/>Não <input type="radio"/>Não Sabe/não responde [APENAS UMA RESPOSTA]</p> <p>se a resposta foi "sim", responda às seguintes questões. Caso contrário siga para a pergunta 14</p>

<p>12 Nos últimos 30 dias, quantas vezes bebeu qualquer bebida alcoólica? [Uma bebida = 1 copo de vinho (15 cl) ou 1 lata / garrafa de cerveja ou cidra (33cl) ou destiladas 4cl] (mostar AVS)</p> <p> <input type="radio"/>Diariamente <input type="radio"/>4 - 5 vezes por semana <input type="radio"/>2 - 3 vezes por semana <input type="radio"/>Uma vez por semana <input type="radio"/>2 - 3 vezes por mês <input type="radio"/>Uma vez <input type="radio"/>Não me lembro/não responde </p>
<p>13 Num dia em que bebe bebidas alcoólicas, quanto costuma beber? (mostar AVS)</p> <p> <input type="radio"/>menos de 1 bebida <input type="radio"/>1-2 bebidas <input type="radio"/>3-4 bebidas <input type="radio"/>5-6 bebidas <input type="radio"/>7-9 bebidas <input type="radio"/>10 ou mais bebidas <input type="radio"/>depende da altura (é espontâneo) <input type="radio"/>Não me lembro/não responde </p>
<p>Q 14 Quantas vezes durante o último mês praticou atividade física durante 30 minutos ou mais, por exemplo, corrida, caminhada, ciclismo?</p> <p> <input type="radio"/>Quase todos os dias <input type="radio"/>Algumas vezes por semana <input type="radio"/>Algumas vezes este mês <input type="radio"/>Nunca <input type="radio"/>Não tenho sido capaz </p>
<p>15 Tem alguém da família ou um amigo para o acompanhar a uma consulta médica?</p> <p> <input type="radio"/>Sim <input type="radio"/>Não <input type="radio"/>Não Sabe/não responde </p>
<p>16 Está envolvido ativamente na sua comunidade, por exemplo, fazendo voluntariado ou participando em atividades locais, associação de bairro ou conselhos de direitos ?</p> <p> <input type="radio"/>quase todos os dias <input type="radio"/>Algumas vezes por semana <input type="radio"/>Algumas vezes por mês <input type="radio"/>Algumas vezes por ano <input type="radio"/>De modo nenhum <input type="radio"/>Não Sabe/não responde </p>
<p>D 1 Género <input type="radio"/>Masculino <input type="radio"/>Feminino (não pergunte)</p> <p>2 Qual a sua idade? _____anos</p> <p>3 Qual é a sua altura? (Aproximadamente em cm) _____cms (se não responde código 998; se recusa 999)</p> <p>4 Quanto pesa? (Aproximadamente em Kg) _____Kg (se não responde código 998; se recusa 999)</p>
<p>5 Qual é o seu estado civil?</p> <p>solteiro Casada/o Amasiado Separada/o / divorciada/o Viúva/o não responde</p>
<p>6 Qual é a sua situação de vida atual?</p> <p>solteiro / vive só Vive junto / vida conjugal partilhada Em um relacionamento sério, mas não vive juntamente com alguém não responde</p>
<p>7 Tem filhos?</p> <p>Sim com menos de 15 anos Sim com mais de 15 anos Não tenho filhos não responde</p>
<p>8 Tem formação ou já trabalhou em alguma profissão de saúde, por exemplo em enfermagem, medicina, farmácia?</p> <p>Sim Não Não Sabe/não responde</p>

9 Consegue comprar com facilidade os seus medicamentos a fim de cuidar de si e da sua saúde?	1Muito fácil,2 fácil, 3 difícil 4Muito difícil 5Não Sabe/não responde
10 Tem facilidade em ser atendida pelo seu médico assistente? (Atendendo ao tempo de que dispõe, condições do tipo de seguro/convênio ou sistema público de saúde, custo de deslocações e transportes)	1Muito fácil, 2 fácil, 3 difícil 4Muito difícil 5Não Sabe/não responde
11 Durante os últimos doze meses, diria que teve dificuldades em pagar as suas contas no final do mês? (mostar AVS)	1 a maior parte das vezes 2 de vez em quando 3 quase nunca 4 Não Sabe/não responde
<p>12 Na escala seguinte, o nível 0 "corresponde ao nível mais baixo na sociedade "; nível 10 "corresponde a" mais alto nível na sociedade ". Poderia dizer em que nível se colocaria a si mesmo? (mostar AVS)</p> <p>nível mais baixo na sociedade 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 O nível mais alto na sociedade</p> <p>Não Sabe/não responde</p>	
<p>13 Qual é a renda mensal familiar em salário mínimo (S.M.) ? (mostar AVS)</p> <p><input type="radio"/>Menos de 1 S.M e 9 S.M. <input type="radio"/>entre 2,5 e 3 S.M <input type="radio"/>entre 5,5 e 6 S.M. <input type="radio"/>entre 8,5 S.M. e 9 S.M.</p> <p><input type="radio"/>1 S.M. <input type="radio"/>entre 3,5 e 4 S.M. <input type="radio"/>entre 6,5 e 7 S.M. <input type="radio"/>mais de 9,5 S.M.</p> <p><input type="radio"/>entre 1,5 e 2 S.M. <input type="radio"/>entre 4,5 e 5 S.M. <input type="radio"/>entre 7,5 S.M e 8 S.M.</p> <p><input type="radio"/>Não Sabe/não responde</p>	
<p style="text-align: right;">Obrigada pela sua participação!</p> <p>P1 Data em que respondeu ao questionário (dia, mês, ano) <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/></p> <p>P2 Registrar hora em que iniciou o questionario <input type="text"/>.<input type="text"/> (código 24h)</p> <p>P3 Hora em que terminou o questionario <input type="text"/>.<input type="text"/>hRegistrar tempo em minutos da entrevista <input type="text"/></p> <p>P6 Local: _____ P7 _____</p> <p>Região: _____</p> <p>P8 Código Postal: _____ P9 Identificativo amostra: _____</p> <p>P10 N° da entrevista: _____</p>	

9.3 ANEXO D: CONVENÇÕES DO PETEDI PARA TRANSCRIÇÃO DE MATERIAL ORAL

Neste anexo estão registradas as convenções estabelecidas pelo Grupo de Pesquisa sobre Texto e Discurso para transcrição de textos orais, com a finalidade de pesquisa sobre gêneros orais, mas cremos que elas podem ser usadas para o trabalho com textos orais em geral com a finalidade de pesquisa sobre outros fatos da língua.

1. Quadro de Sinais de Transcrição

	Ocorrências	Sinais	Exemplos / Observações
	Sobre a grafia das palavras		
	Nomes próprios em geral	Iniciais maiúsculas	<ul style="list-style-type: none"> ♦ a festa foi na casa do João... <p>OBS.: Não usar maiúsculas após os seguintes sinais de pontuação: de interrogação e exclamação, reticências, etc.</p>
	Nomes próprios que identificam o informante ou pessoa do relacionamento do informante ou a que ele se refira	Não transcrever o nome e colocar apenas as iniciais maiúsculas.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Doc.: Dona M., a senhora falou que o J., seu marido...
	Nomes de obras (livros, revistas, jornais, filmes, etc) e/ou nomes comuns estrangeiros	Em itálico e grafia da língua de origem quando for o caso	<ul style="list-style-type: none"> ♦ eu adorava ouvir <i>Fascinação</i>...que música ((<i>entonação de admiração</i>)). ♦ meus alunos adoraram ler <i>Grande Sertão Veredas</i>
	Marcadores discursivos e conversacionais	Ocorrência seguida de ponto de interrogação, quando for o caso.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ ele me chamou para ir com ele, né? ♦ olha eu não quero que você me entenda mal ♦ eu não quero sair com você... entendeu?
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Fáticos: ah, éh, eh, ahn, ehn, uhn, ta, etc ♦ Interjeições dicionarizadas 	Usa-se o ponto de exclamação>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ ah! ... que alívio... ♦ vixe! ixé! pô! nossa!

	ou não		
	Numerais e letras	Por extenso	<ul style="list-style-type: none"> ◆ compareceram dez condôminos... ◆ aí ela disse... marque com um xis a alternativa bê... ◆ não... escreve com jota ...
	<p>Siglas e abreviaturas</p> <p>Importante: Siglas não se confunde com redução de palavras, como , por exemplo, depê, para “dependência”, que devem ser grafadas na sua forma reduzida em minúsculas</p>	Grafar conforme a pronúncia do informante. Se pronunciada letra a letra (ex.1), grafar em caixa alta separando as letras por ponto. Se pronunciada como palavra (ex. 2) , seguir a grafia prevista pela ortografia, em caixa alta e sem pontos.	<p>Ex. 1: B.O., I.N.S.S., U.F.R..J., R.G., C.P.F.</p> <p>Ex. 2: USP, TAM, UFU, SUS, FAPEMIG.</p>
	Truncamento (palavras incompletas, cuja pronuncia foi interrompida por qualquer razão)	/ (usar uma barra para marcar o truncamento) Se houver homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ...ca/casou semana passada.... ◆ e aí comê/ quis começá a cantar...
	Citações literais ou leitura de textos, durante a gravação.	“aspas duplas”	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pedro Lima... ah escreve na ocasião... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRREIRA entre nós”... ◆ Armstrong disse... “pequeno passo para o homem... gigantesco salto para a humanidade”...
	Sobre alguns aspectos morfo-fonológicos		
	Indicar as realizações não previstas das preposições, quando		

	houver, conforme a a h abaixo.		
	a) Contração da preposição com + artigo	Indicar a contração com um apóstrofo	c'a (=com+a), c'o (=com+ o), c'um (=com + um), c'uma (=com + uma)
	b) Contração da preposição de + artigo indefinido		d'um (=de + um), d'uma (=de+uma)
	c) Contração da preposição de + pronome eu		d'eu (=de+EU)
	d) Contração da preposição de + palavra iniciada por vogal		d'oeste (=de + oeste) , d'água (=de + água), d'onde (=de +onde)
	e) Redução da preposição para	Registrar a forma realizada	pra (sem acento), pa (sem acento)
	f) Contração da preposição para reduzida + artigo	Registrar a forma realizada	pra (= para + a), pa (=para+a), pro (=para+o), po (=para+o), pr'um(a) (=pra+um(a)), pum (=pa+um(a))
	g) Modificação da preposição em	Grafar como ela for realizada: ne, ni.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ a gente vai muito ne no rio pa pescá ◆ aí fui ni casa di Márcia..
	h) Inserção / modificação de preposição	Registrar a forma realizada	<ul style="list-style-type: none"> ◆ eu penso de que ele não deve ir... ◆ eu perguntei na onde ele morava... ◆ eu pergunte da onde ele vinha...
Sobre alguns elementos prosódicos			
	Silabação	Hífen entre as sílabas sem espaço.	por motivo tran-sa-ção
	\Pausa	Reticências OBS.: Não se utilizam sinais de pausa , típicos da língua escrita, como	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ... ele...voltou feliz... ◆ são três motivos... ou três razões... que fazem com que se retenha moeda... existe uma... retenção...

		ponto-e-vírgula, ponto final, dois pontos, vírgula. As reticências marcam qualquer tipo de pausa.	
	Ênfase / Entoação enfática	CAIXA ALTA	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ... ele almoçou com ELA... ◆ porque as pessoas reTÊM moeda
	Alongamento ou prolongamento de vogais e consoantes (como r, s)	Dois pontos digitados duas vezes. Quando o alongamento é bem maior usa-se mais dois pontos.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ao emprestarem os... éh::: ... dinheiro ◆ ele a::cha...
	Interrogação	Usa-se o ponto de interrogação	<ul style="list-style-type: none"> ◆ e Banco... Central...certo? ◆ você vai à festa?
Sobre alguns aspectos da interação			
	Identificação dos participantes da interação	<p>Doc.: Documentador¹⁷</p> <p>Inf.: Informante</p> <p>Int.: Interveniente</p> <p>OBS.: Havendo mais de um informante deve-se numerar: Inf 1, Inf 2 Inf N.</p>	<p>Doc.: o senhor gosta de pesca?</p> <p>Inf.: eu não sei pescar... eu não aprendi...</p>
	Início de turno	Usa-se sempre letra minúscula	Veja exemplo acima
	Discurso direto	Aspas duplas e travessão antes e depois do trecho em discurso direto	... ela disse — “vamos à festa” — eu respondi — “talvez” —

¹⁷ - O tipo de informante (comediante, leiloeiro, benzedor, narrador esportivo, etc. só será indicado na ficha de identificação do material (Ver anexo 1).

	Sequência de discurso direto	Separar por # (sustenido) cada um dos turnos	Inf.: aí ele falou — “cadê o dinheiro?” — # — “tá lá atrás” — o outro falou
	Mudança de fluxo discursivo: comentários que quebram a sequência temática; desvio temático	Duplo underline: _ _ kdkdkdkdk _ _	<ul style="list-style-type: none"> ♦ ... eu não tinha _ _ fique quieto ((falando com o cachorro)) _ _ tempo de estudar... ♦ ... a demanda de moeda _ _ vamos dar essa notação _ _ demanda de moeda por motivo
	Superposição, simultaneidade de vozes	Texto entre colchetes com índice sobrescrito á esquerda do colchete inicial. Todas as sobreposições devem ser indicadas sequencialmente em toda transcrição (1, 2, 3, ... n.)	<p>Inf. 1: eu não tinha saído de lá...¹[e foi então...]</p> <p>Doc.: ¹[cê tava] em casa ainda</p> <p>Inf.1: eu tava... e foi então que ele ligou...</p>
	Intervenção do documentador no fluxo de fala do informante	Se não houver sobreposição de vozes	Inf.: outro dia eu estava na casa do João [Doc.: ahan] quando...
		Se houver sobreposição de vozes	Inf. : outro dia eu estava na casa do ¹ [João] ¹ [Doc.: ahan] quando...
	Risadas simultâneas de documentador e informante(s)		Doc e Inf.2: ((risos))
Sobre os comentários do transcritor			
	Hipótese do que se ouviu	Entre parênteses (hipótese)	<ul style="list-style-type: none"> ♦ ... foi então que ele (fez) a prova... ♦ (estou) meio preocupado com meu filho
	Comentário descritivo do transcritor	Entre parênteses duplos e em itálico	<ul style="list-style-type: none"> ♦ eu preciso ((tossiu)) estudar ♦ ((fazendo um gesto de impaciência)) você não está me ouvindo.

			<p>♣ você não vai me roubar ((<i>gritando</i>))</p> <p>OBS.: Nestes comentários serão registrados: a) gestos, b) expressões fisionômicas, c) risos, d) atitudes corporais, e) entonações específicas do trecho (carinhosa, nervosa, de deboche, etc.), d) a cadência do trecho (ritmo, velocidade: cadenciado, falando muito rápido, etc), ou seja, todos os elementos de outras linguagens de uso concomitante à língua e também qualquer dado que possa interessar a algum estudo que use o material.</p>
	Incompreensão de palavras ou segmentos	() Usar um parêntese vazio com 3 espaços.	do nível de renda... () nível de renda nominal ...
	Indicação de que o turno foi tomado ou interrompido em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.	(...) Usar um parêntese com 3 pontos dentro no lugar de tomada da fala.	(...) nos vimos que existem...

ATENÇÃO:

- 1) Pode-se combinar sinais. Exemplo: oh:::....(**alongamento e pausa**);
- 2)

2. Diagramação da transcrição

A diagramação do material transcrito será feita numerando-se as linhas de 5 em 5, dando destaque à indicação dos informantes e o texto ficará à direita da indicação do documentador e informantes.

Para facilitar esta diagramação deve-se usar a tabela abaixo, conforme exemplo posto.

(O exemplo apresentado é do material do NURC-RJ – Diálogo entre dois informantes, inquérito número 158)

Quadro para transcrição do material

Linha	Participante	Texto transcrito
1	Doc	experiências pessoais basicamente... vivências... não é preciso que vocês não vão deixar nada teórico... quanto menos vocês colocarem em termos do que vocês sabem a respeito... mas colocarem em termos do que vocês viveram a respeito desse assunto... mais interessante...
5	Inf. 1	bom... como é que está o tempo?
	Inf. 2	o tempo está feio... isto eu lhe garanto... né... agora... saindo do tempo pras viagens você disse que esteve em Recife... aonde você esteve?
	Inf. 1	em Recife...
	Inf. 2	bom... mas você viu em Olinda?
10	Inf.1	não... fui somente a Recife... fui padrinho de casamento de um amigo meu em Maceió...

9.3 ANEXO E: OS INDICADORES DO INSTRUMENTO EUROPEU DE LITERACIA PARA A SAÚDE (HLS-EU-PT).

O questionário europeu de literacia para a saúde HLS-EU-PT é constituído pelas perguntas do grupo 1 (1 a 47) que estão apresentadas no documento enviado O resto das perguntas que estão contidas no documento (ver Questionário HLS-EU-PT validado) fazem parte do protocolo europeu que envolveu o estudo global e estão aí apresentadas pois muitas vezes os protocolos de investigação para além de se focalizarem n a questão particular da Literacia para a Saúde (LS) analisam variáveis como sentido de coerência (a,b,c), saúde e utilização de serviços 2-6, hábitos e estilos de vida 7-16, NVS Literacia Funcional 17-23, variáveis sociodemográficas D1 - D16. Assim os investigadores poderão recorrer às mesmas perguntas já validadas neste protocolo no lugar de irem buscar outros indicadores com pouco grau de comparação internacional. As perguntas relacionadas com o rótulo do gelado (NVS Literacia Funcional 17-23), por ex., não fazem parte do questionário europeu de literacia para a saúde (HLS-EU-PT), mas sim de um outro questionário de literacia para a saúde, o NVS.

Assim no protocolo europeu comparou-se os resultados da LS HLS-EU-PT (indicadores do instrumento europeu, 1-48) com a literacia funcional dada pela escala NVS (17-23). No entanto se o investigador não desejar comparar entre si vários instrumentos da LS poderá abster-se de usar a escala NVS.

O modelo conceptual

O modelo conceptual distingue três domínios da literacia para a saúde (LS): cuidados de saúde (CSLS), prevenção da doença (PDLS) e promoção da saúde (PSLS) e quatro modos de lidar com informações de saúde relevantes: aceder/obter, compreender, apreciar/julgar e aplicar/utilizar. A combinação destes três domínios e dos quatro modos, origina uma matriz de 3*4 com 12 células emergentes, em que cada célula pode ser interpretada como um dos 12 subdomínios teorizados.

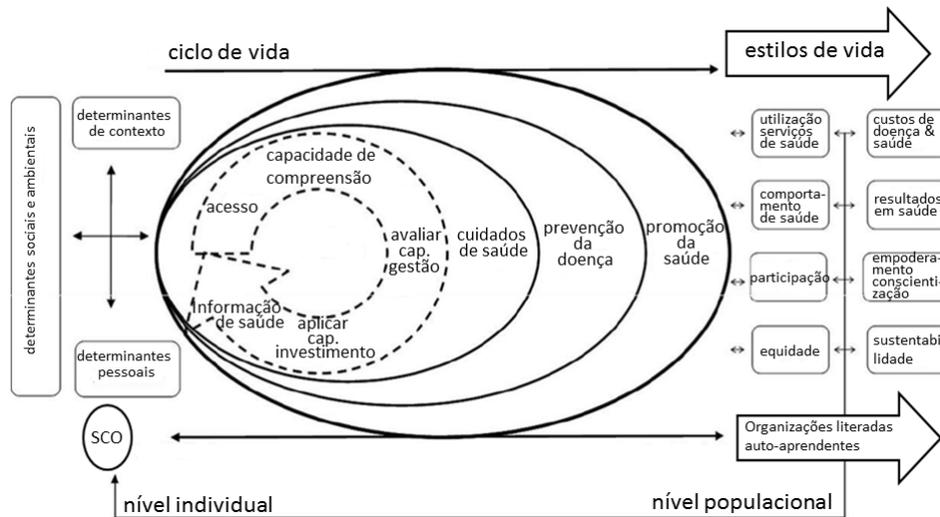
Modo de cálculo dos scores para a definição dos níveis de literacia para a saúde, para a versão original das 47.

Seguindo o conceito da HLS-EU, foram construídos diferentes sub-índices com base nos valores médios dos itens de LS. Primeiramente foram apurados índices para as três áreas da Literacia para a Saúde: cuidados de saúde (16 itens), prevenção da doença (16 itens) e promoção da saúde (15 itens), sendo paralelamente, calculado o índice geral que compreende o total dos 47itens.

Para o cálculo dos índices, os itens são invertidos, assim valores mais elevados demonstram maior literacia para a saúde com os seguintes valores numéricos: 1= muito difícil; 2= difícil; 3= fácil; 4= muito fácil.

Modelo estruturante para a conceção e operacionalização da LS.

Figura 2: Literacia para a Saúde e a conscientização da cidadania positiva. Fonte: Revista Referência, III Série – Suplemento, 95-99.



Fonte Saboga-Nunes, L. (2014).

Para os cálculos dos índices e para simplificar comparações, estes foram normalizadas numa métrica entre 0 e 50, com a seguinte fórmula:

$$\text{Fórmula: índice LS} = (\text{média} - 1) * (50/3)$$

Index = valor específico calculado

Média = média de todos os itens considerados para cada indivíduo

1 = O valor mínimo de média possível (conduz a um valor mínimo de índice de 0)

3 = variação da média

50 = Valor máximo escolhido

$$\text{Index} = (\text{média} - 1) * (50 / 3)$$

Como interpretar os resultados do questionário

Foram definidos níveis para os quatro índices (geral, cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), que dividiram os scores em quatro categorias: ‘inadequada’, ‘problemática’, ‘suficiente’ e ‘excelente’ literacia para a saúde.