

## NÍVEIS DE ALFABETIZAÇÃO/LITERACIA PARA A SAÚDE EM DUAS POPULAÇÕES DE DIFERENTES NÍVEIS DE ESCOLARIDADE NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

Luis A. Saboga-Nunes

Maria Cristina Pansera-de-Araújo

Eva Teresinha de Oliveira Boff

Rosane Aparecida de Sousa Martins

Rosa Branca Tracana

Graça S. Carvalho

**Educare ou Educere:  
o ponto de partida da literacia para a saúde!**

Educar, no seu sentido primário, é derivado do verbo latino *Educare* (Oxford..., 2015), que significa “alimentar”, supondo uma ação de assimilação de algo que é fornecido do exterior, numa noção de locus de controle externo. Neste sentido, refere-se à assimilação de competências e valores que um sistema social reconhece como fulcral na formação do cidadão. *Educare* pode, assim, implicar todas as dimensões da pessoa humana: física, psicológica, espiritual e social. Por exemplo, o professor, ao *educare*, pode contribuir para a inclusão social de um aluno com necessidades especiais na turma, criando competências psicológicas no grupo, que passam pela

solidarização para com esse colega. Este processo poderá contribuir para que estes alunos sejam no futuro cidadãos solidários que cumpram as suas responsabilidades sociais ou fiscais para garantir que todos os que participam desse sistema social se beneficiem da solidariedade como mola fundamental de desenvolvimento social.

Filologicamente educação pode estar ligada ao conceito *Educere* (Oxford..., 2015), que significa “tirar de dentro para fora”, assentando num locus de controle interno, envolvendo um processo de descoberta de competências e valores que um indivíduo possui e que contribuirão para o desenvolvimento harmonioso da integralidade da sua pessoa, nas mesmas dimensões física, psicológica, espiritual e social. Assim, a ênfase é dada à autoeducação, na qual o papel central é ocupado pelo próprio educando, num processo que consiste na formação da personalidade pelo desenvolvimento de tendências e virtualidades, mediante um sistema intencional de meios, de processos e ideias. Este último conceito encaixa perfeitamente na dinâmica socrática, na qual se baseia a chamada educação nova e Pedagogia “não diretiva” ou “centrada no educando”, conforme tem sido definida por recentes educadores (Alper, 1982).

A disparidade de ambos os conceitos antes mencionados (*Educare* e *Educere*) faz imaginar uma diversidade de posições. Quando pretendemos lançar um olhar analítico a qualquer um dos temas que constituem o objeto da história da educação (instituições escolares, métodos ou processos de ensino e ideias ou fins pedagógicos) deparamo-nos com campos muito vastos, sobretudo se o estudo desejar obter uma visão completa e diacrônica deste. É que a formação humana (no sentido que adquiriu o vocábulo *Paideia* nos tempos da antiga Atenas) tem ocupado os estudiosos no decorrer de todos os tempos, na procura de formas que melhor se adaptem ao contexto de suas gerações. Não podendo estar alheios ao conhecimento dessas formas que vão fazendo surgir novos modelos e novos

métodos para o ensino, demorar-nos-emos numa proposta relativamente recente – “The Paideia Proposal, An Education Manifesto” –, cujo autor foi Mortimer Adler (1982).

Esta obra suscitou muito interesse, o que, por sua vez, motivou Mortimer Adler a publicar mais dois volumes: “Paideia Problems and Possibilities”, em 1983, e “The Paideia Plan”, em 1984, nos quais o autor clarifica a sua ideologia educativa (Adler, 1983). Estava assim criado o movimento de opinião “Back to Basics” que tem hoje grande influência. Acreditamos que no campo da saúde este mesmo movimento de retorno ao fundamental, está no cerne do desenvolvimento da literacia para a saúde, como adiante se expõe.

### A Escola como Agente Promotor de Saúde

Fundamentalmente, este movimento “Back to Basics” incide nas várias dimensões que fazem da escola o espaço promotor de bem-estar social, e é neste contexto que emerge o conceito de Escola Promotora de Saúde, que se caracteriza como um lugar no qual todos os membros da comunidade escolar trabalham articuladamente a fim de providenciar aos estudantes, experiências integradoras e positivas, com vista a promoverem e protegerem a sua saúde (World..., 1996). Esta dinâmica inclui, igualmente, o currículo formal e informal em saúde, a criação de um ambiente escolar saudável, a prestação de serviços de saúde apropriados e o envolvimento da família e comunidade ampliada nos esforços promotores de saúde. Não é possível pensar na escola promotora de saúde sem que imediatamente se imponha esta noção motivadora da contribuição da criação de condições ambientais na escola favoráveis à saúde (Carvalho, 2006). Neste movimento “Back to Basics” a problemática da literacia para a saúde irrompe de modo inevitável.

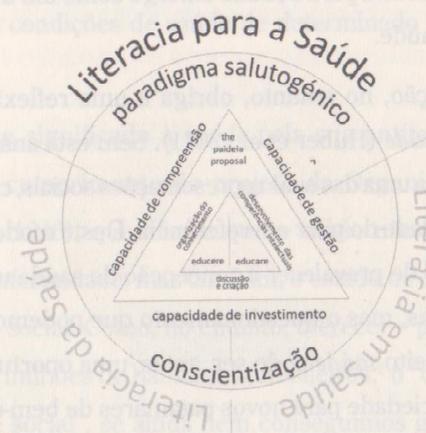
A atividade indispensável à obtenção do conhecimento que qualquer aprendente deve possuir para a sua verdadeira integração no mundo em que vive, e o ensino válido que o professor deve praticar junto desse mesmo aprendente, resumem-se, pois, em três pontos essenciais: aquisição e organização do conhecimento; desenvolvimento das competências intelectuais; discussão e criação (teoria dos três modos de aprender e os três modos de ensinar) (Adler, 1983).

A “aquisição e organização do conhecimento” sobre os conteúdos (por exemplo no campo da saúde, no qual se tece a construção da literacia para a saúde) são expostas pelo professor num tipo de aula que possa centrar-se no aprendente que recebe o conhecimento.

No âmbito do “desenvolvimento das competências intelectuais” detectam-se influências bem marcadas do pedagogo John Dewey. Dewey como bom pragmatista, coloca a ação antes do pensamento, preconiza o *learning by doing* e portanto os métodos ativos, num desenvolvimento total do aluno na execução da tarefa, visando ao desenvolvimento da natureza (capacidades e interesses) do aprendente, levando-o a saber como resolver problemas e situações, esperando-se um desejado nível de competência no plano linguístico (saber ler e saber escrever), no âmbito da comunicação (saber escutar e saber falar), no plano do cálculo e do senso crítico (saber raciocinar) (Adler, 1992). Ao professor caberá o papel de mediador, orientador, explicador, corretor e avaliador. Esta linha de pensamento pode ser encontrada anos mais tarde em Paulo Freire, que desenvolve na sua Pedagogia Crítica, o conceito de conscientização que considera que a ação segue a consciência (Freire, 1980; 1996), o que pode ser entendido como a evolução normal do pensamento de John Dewey, que coloca a ação antes do pensamento, como anteriormente referido.

No terceiro ponto, “discussão” e “criação” traz para o contexto atual o antigo método do interrogatório socrático. É o homem, em todas as suas dimensões, que se pretende atingir. Dentro destas está a saúde, como dimensão fundamental na construção do seu bem-estar. A Figura 1 apresenta a integração do conceito da literacia para a saúde no âmbito do paradigma salutogénico e do Paideia Proposal (educare/educere).

Figura 1 – Integração do conceito da literacia para a saúde no âmbito do paradigma salutogénico e do Paideia Proposal (educare/educere)



Fonte: Os autores.

Falar de literacia para a saúde leva-nos a considerar o modo por meio do qual ficará o cidadão apto a saber tomar decisões privilegiadas pelo correto uso de sua própria razão, capacitado para ser um cidadão aprendente do mundo. No campo da saúde não interessa repetir o que se ouve, mas deve haver uma reflexão crítica sobre o que se ouve, lê, aprende (Freire, 1980; 1996), de tal maneira que o cidadão eleve o seu nível de literacia para a saúde. Ao professor caberá a introdução dos formandos na

atividade e conduzir a maiêutica de tal modo que a consistência, a clareza e a relevância das opiniões dos formandos/aprendentes sejam adequadamente questionadas.

Entre as áreas em que estas competências são imprescindíveis, a saúde ocupa um lugar especial. Destacada nas Constituições de vários países como um direito de cidadania, a procura da saúde (quer seja pela via da cura ou prevenção da doença) ou a sua promoção, levam-nos para a busca das origens da saúde quando se coloca a ênfase na conscientização, isto é, na ação consciente em prol da promoção da saúde. Neste contexto a problemática da literacia para a saúde emerge como um dos fundamentos da Promoção da Saúde.

Esta afirmação, no entanto, obriga a uma reflexão sobre o que entendemos por *saúde* (Huber et al., 2011). Sem esta análise, e posterior consenso sobre cada uma das suas representações sociais, compromete-se a natureza e a identidade do pilar em referência. Deste modo, um dos riscos que assumimos é o de prevalecer a concepção de saúde unicamente pela ausência de doenças, mas o questionamento que podemos fazer sobre a identidade do conceito *saúde* pode ser, antes, uma oportunidade para relançar a própria sociedade para novos patamares de bem-estar e estilo de vida saudáveis. Para isto a Literacia para a Saúde desempenha um papel de grande importância.

### Cidadania e concepção da saúde

Com o advento da democracia surge a vontade de garantir um novo modelo social para o devir das identidades nacionais em termos da saúde, como um direito de cada cidadão (Andrade, 2001). Com recursos escassos, no entanto, e passando essas sociedades democráticas por períodos

de crise, a saúde e os outros pilares sociais e políticas públicas correm o risco de serem relegados a investimentos pontuais, distantes das demandas dos cidadãos e centrados na resolução de problemas de emergência, decorrentes da doença e não na promoção da saúde.

Além disso, não foi discutido ou consensualizado o que significava *saúde*, de modo a clarificar a sua essência (Saboga-Nunes, 1998), especialmente no que se refere à formação de profissionais da saúde, com outro perfil. Mediante tal contexto, torna-se necessário reconhecer as perspectivas implícitas no significante *saúde*, o que contribuirá para identificar a realidade das condições de saúde de determinado município, Estado, região ou país.

Atribui-se significado à *saúde* pela sua antítese: esforçamo-nos em garantir o cumprimento do projeto da Organização Mundial da Saúde (World..., 1946), que afirma que a saúde não é só a ausência de doença ou de enfermidade, mas também, o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Como, no entanto, oferecer – porque é um direito – a mais de 200 milhões de habitantes brasileiros,<sup>1</sup> o “completo bem-estar físico, mental e social”, se ainda nem conseguimos garantir a “ausência de doença”?

Provavelmente a resposta para esta questão encontre-se na busca de ampliação dos níveis de literacia para a saúde, considerando a responsabilidade individual e coletiva às políticas públicas e as ações de proteção social, que também podem se constituir em argumento de sustentabilidade social e de esperança no futuro (World..., 1996).

<sup>1</sup> 201.032.714, de acordo com os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes a junho de 2013.

## Salutogênese e a busca das origens da saúde

O paradigma salutogênico (Antonovsky, 1984b; Saboga-Nunes, 1998) operacionaliza-se na construção do sentido de coerência (SCO) (Saboga-Nunes, 1999) (Figura 1) de cada cidadão. O SCO é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara como estruturados, preditíveis e explicáveis os estímulos emanados do meio interno ou/e externo da sua existência – esta primeira força determinante é designada por capacidade de compreensão (Saboga-Nunes, 1999).

A própria Organização Mundial de Saúde (World..., 1997) apela à necessidade de um novo paradigma, que vá em busca das origens da saúde para garantir que cada cidadã/o conduza a sua vida na concretização do bem-estar e da autonomia, ao invés de permanecer agarrado às origens da doença (da abordagem patogênica). Considera-se também que não se pode continuar a tratar o cidadão (se o queremos ativo no *modus faciendi* da cidadania) numa assimetria de poder entre profissionais da saúde e doentes. Integrar o cidadão nos processos de decisão, de adesão à terapêutica, de prevenção dos riscos e de promoção da sua saúde é incontornável (Figura 2). Assim, desde a utilização dos serviços, comportamentos em saúde, participação e promoção da equidade podem ser conseguidos de modo mais racional e otimizador de ganhos em saúde (Figura 2). Esse é o papel da promoção da saúde, que significa o culminar de uma caminhada na direção do aumento da literacia para a saúde.

Com o reforço da Literacia para a Saúde poder-se-á fomentar a concepção e operacionalização da promoção da saúde, bem como possibilitar a percepção dos custos da doença e da saúde. É aqui que entra então o papel estruturante da Literacia para a Saúde que se revelará importante para o desenvolvimento de organizações literatas e autoaprendentes que se organizam no sentido de promover o bem-estar dos seus usuários (Figura

2). O papel dos profissionais de saúde deve, então, incluir a dimensão da capacitação e empoderamento (Rappaport, 1985) do cidadão, sem a qual o desenvolvimento da capacidade de compreensão, da autonomia e da emancipação não acontecerá.

Compreender a relevância de que não há pessoas doentes ou pessoas saudáveis (na abordagem salutogênica), mas que os investimentos na saúde podem potencializar a qualidade de vida no dia a dia, contribui para reforçar a adoção (por exemplo) de estilos de vida saudáveis (Saboga-Nunes, 2006). Deste modo, cada um pode progredir em cada fase do seu ciclo de vida rumo ao polo de máxima vitalidade usufruindo da saúde que obtém (Saboga-Nunes, 1998; Nakamura et al., 2001).

Uma segunda força determinante do paradigma salutogênico é o reforço da capacidade de gestão (Figuras 1 e 2) (Saboga-Nunes, 1999). Esta capacidade exprime-se pelo sentimento de que o indivíduo dispõe de recursos para satisfazer às exigências dos estímulos da vida. O cidadão pode reforçar os seus recursos (e.g. o seu SCO, a sua autoestima) para fazer face aos estímulos. Por exemplo, a autoestima será um recurso poderoso quando construída no seu valor intrínseco e não no espelho da aceitação do grupo de pressão que pode forçar o caminho para o primeiro cigarro de um adolescente (Glanz; Maskarinec; Carlin, 2005), contribuindo para que ela/e o recuse (Chassin et al., 1990).

Finalmente, o terceiro componente desta mudança de paradigma foca o desenvolvimento da capacidade de investimento (Saboga-Nunes, 1999). Esta capacidade, vista como o cerne do empenho de qualquer indivíduo em considerar as exigências dos estímulos da vida como desafios a superar, levará à catalisação do investimento deste indivíduo nesta reserva de força positiva para a mudança. A partir daí, torna-se necessário que cada um invista na sua saúde e potencie o seu bem-estar por meio de uma gestão positiva e esclarecida/informada da vida, processo que será

fortemente apoiado pelo desenvolvimento da Literacia para a Saúde. Com a capacidade de gestão o indivíduo será estimulado a prosseguir na sua afirmação da busca da saúde. Para que este investimento e esta gestão possam acontecer no âmbito das decisões e das atitudes que determinam a busca da saúde, contudo, a capacidade de compreensão será o patamar de partida (Igna; Julkunen; Ahlström, 2008).

### Significados e significantes dos conceitos de “literacia” e “saúde”

O conceito de literacia + saúde vem do inglês “health literacy” (World..., 2013). A sua tradução para o português não é imediata, particularmente pelo agregador destes dois vocábulos (que deve ser conseguida em português por meio de “em”, “da”, “para”, etc.) entre as várias possibilidades a considerar.

Abordar o constructo que agrega “literacia” e “saúde” levar-nos-á a uma análise filológica personalizada quando, a partir do agregador, iremos estabelecer perspectivas diferenciadas entre “literacia em saúde”, “literacia da saúde” e “literacia para a saúde”. “Literacia em saúde” remeter-nos-á para uma externalidade ao sujeito da saúde, um locus externo ao indivíduo, que está para além de si próprio, e em relação ao qual ele pode desenvolver maior ou menor grau de apropriação (correspondente ao Educare, para a Educação) (Figura 1).

Por seu lado, “literacia da saúde” colocar-nos-á perante a internalidade da saúde, como um componente intrínseco ao indivíduo (correspondente ao Educere, para a Educação). Aqui, o locus da discussão centrar-se-á no próprio ator, que se relaciona com o tema como algo que lhe é intrínseco, pertencente a si mesmo.

A adoção de uma ou de outra perspectiva não é necessariamente desprovida de consequências. O foco na *literacia em saúde* poderia levar a supor que a saúde, que se constrói fora do indivíduo, pode ou não ser por ele apropriada. Alguém/entidade superior/Estado teria a função de determinar os parâmetros que caracterizam a saúde, cabendo ao indivíduo a sua apropriação (e.g. no campo da saúde mental por exemplo, o consumo de bebidas com álcool pode ser determinado pelo estado que regula o seu consumo e/ou teores da sua concentração). Esta posição poderia implicar uma supervisão (mais ou menos determinista) sobre os níveis da aquisição de “literacia em saúde” de cada cidadão. Neste caso, um programa escolar de literacia em saúde poderia promover esta aquisição. Esta perspectiva aponta para o plano da Paidea Proposal anteriormente referido no primeiro dos seus três pontos essenciais: aquisição e organização do conhecimento.

O outro contexto, *literacia da saúde*, poderá remeter-nos para a conscientização do que ajuda a potenciar a saúde do indivíduo, tendo ele não só um conceito (dinâmico) em desenvolvimento do que é a sua saúde, mas também o modo como poderá encontrar recursos para promovê-la. Neste caso, o indivíduo tem, por exemplo, consciência de que beber bebidas com álcool provoca alterações em suas funções vitais, porém confrontado com um argumento externo tal como “beber um copo de vinho à refeição faz bem à saúde” (e.g. fortemente promovido pela indústria), mas consciente dos malefícios do álcool, e conhecendo a alternativa de receber os benefícios apontados aos flavonoides (mediante a simples ingestão de um ou dois cachos de uvas pretas), encontraria na sua “literacia da saúde” um argumento para uma adoção de comportamento emancipador. Teríamos, assim, a emancipação do indivíduo perante determinantes sociais e económicas, fortalecendo a sua capacidade crítica no que respeita à promoção de sua saúde. Esta perspectiva aponta para o plano da Paidea Proposal, referido no segundo e terceiro dos seus três pontos essenciais: desenvolvimento das competências intelectuais; discussão e criação.

As propostas anteriormente referidas não se excluem mutuamente, pelo contrário, completam-se. Por outro lado, elas não se devem sobrepor umas às outras, ou uma em detrimento da outra. Importa por isso procurar um elemento agregador alternativo a estes dois conceitos. Esse elemento poderia, parece-nos, ser mais facilmente conseguido em *Literacia para a Saúde*. A *literacia para a saúde* cobriria assim as duas dimensões já referidas e poderia ser definida como *a conscientização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimento, favoráveis à promoção da saúde*. Colocar a tônica na “literacia para a saúde” poderá assim impulsionar o indivíduo, de ator secundário na promoção da sua saúde para sujeito principal deste processo em que ele ganha poder sobre a sua saúde e persistentemente contribui para a sua melhoria, tal como concebido no conceito de Promoção de Saúde, na carta de Ottawa, da Organização Mundial de Saúde (World..., 1986).

Deste modo teríamos a “Literacia da Saúde”, i.e., a literacia sobre a (sua) saúde, acerca da (sua) saúde secundada pela “literacia em saúde”, perspectivada como o gradiente de assimilação que apresenta o indivíduo relativamente ao tema da saúde, sendo ou não por si apropriada.

A Literacia para a Saúde assume um papel relevante no incremento da resiliência individual e social (World..., 2009), em que o componente dos estilos de vida é fortemente determinado por decisões pessoais (provenientes dos níveis de Literacia em Saúde e Literacia da Saúde. Para além disso, a diminuição de recursos disponíveis para atender às solicitações que os vários setores da sociedade têm feito, obriga a uma gestão complexa de expectativas, quer da parte do Estado quer dos municípios, devido a sua proximidade do cidadão (Divisão..., 2009). Isto é, com menos recursos uma sociedade para não comprometer os níveis de bem-estar dos seus cidadãos, tem tudo a ganhar em concentrar investimentos no tema da Literacia para a Saúde.

A política de saúde é um dos segmentos que, passando a dispor de menos recursos, deve manter a sua missão de continuar a satisfazer as necessidades dos cidadãos (Observatório..., 2013). Ora, pessoas com baixo nível de Literacia para a Saúde e com doenças crônicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo mais uso dos serviços de saúde (Ad Hoc..., 1999; Instituto..., 2004; 2013).

### A escala “European Health Literacy Survey” (HLS-EU)

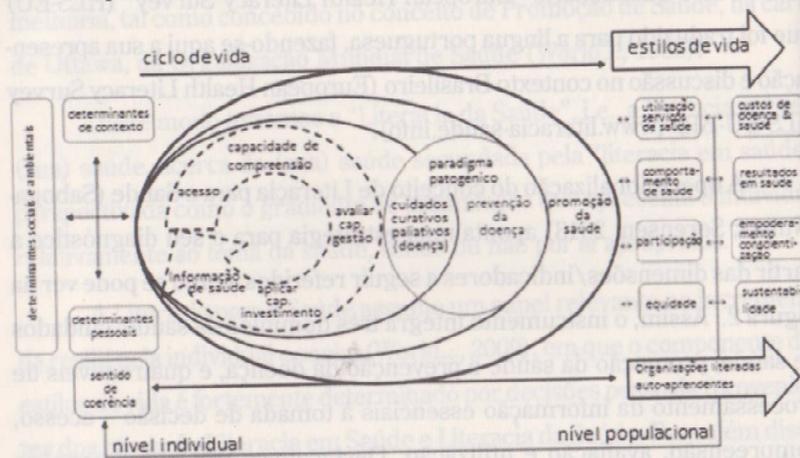
No sentido de se poder avaliar a Literacia para a Saúde das populações, várias escalas têm sido construídas, mas para o presente estudo utilizou-se o questionário “European Health Literacy Survey” (HLS-EU) que foi traduzido para a língua portuguesa, fazendo-se aqui a sua apresentação e discussão no contexto Brasileiro (European Health Literacy Survey HLS-EU-BR) ([www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)).

A operacionalização do conceito de Literacia para a Saúde (Saboga-Nunes; Sorensen, 2013) aponta uma estratégia para o seu diagnóstico a partir das dimensões/indicadores a seguir referidos, como se pode ver na Figura 2. Assim, o instrumento integra três domínios da saúde: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença, e quatro níveis de processamento da informação essenciais à tomada de decisão – acesso, compreensão, avaliação e utilização. Destacam-se três subdimensões (Figura 2):

- *cuidados de saúde* e cuidados curativos que compreendem: capacidade de obter a informação relacionada com problemas médicos ou clínicos; capacidade de compreender a informação médica e o seu significado; capacidade de interpretar e avaliar as informações médicas; capacidade de tomar decisões sobre questões médicas.

- *prevenção da doença* que compreende: capacidade de obter informação sobre fatores de risco; capacidade de compreender os fatores de risco e do seu significado; capacidade de interpretar e avaliar as informações relacionadas com os fatores de risco; capacidade de julgar a relevância das informações sobre fatores de risco.
- *promoção da saúde* que compreende: capacidade de atualização sobre questões de saúde; capacidade de compreender a informação relacionada com a saúde e o seu significado; capacidade de interpretar e avaliar as informações sobre questões relacionadas com a saúde; capacidade de formar uma opinião consciente sobre questões de saúde.

Figura 2 – Modelo estruturante para a concepção e operacionalização da Literacia para a Saúde



Fonte: Luis Saboga-Nunes (2014).

No presente estudo pretendeu-se avaliar se esta escala europeia HLS-EU-BR está adequada para discriminar os níveis de Literacia em Saúde numa população brasileira de Ensino Superior, incluindo alunos e professores de diferentes domínios científicos e diferentes níveis de ensino, desde estudantes de Graduação até professores universitários.

## Procedimentos Metodológicos

A versão final do protocolo HLS-EU-BR manteve as dimensões e itens originais do HLS-EU-Q86 (Saboga-Nunes, et al., 2014).

A escala HLS-EU é composta por 47 questões e utiliza uma escala de respostas do tipo Likert, que varia entre 1 e 4 pontos (do muito difícil ao muito fácil). No seu todo, a escala perfaz 50 pontos, permitindo estimar quatro níveis de Literacia em Saúde (Sørensen, 2012):

- Inadequado: 0-25 pontos (até 50%)
- Problemático: > 25-33 pontos (50% a 66%)
- Suficiente: > 33-42 pontos (66% – 84%)
- Excelente: > 42 a 50 pontos (acima de 84%)

Numa primeira fase, o processo de investigação no Brasil foi realizado no Estado de Minas Gerais, tendo sido utilizadas as redes sociais, seguindo-se uma metodologia de recolha Cawi (“Computer-assisted web interviewing”). Foram enviados 778 convites, tendo-se optado por este caminho, entre os múltiplos existentes, por compreender a intensificação das relações sociais. As redes sociais são pessoas interagindo e não somente ferramentas. À luz de Castells (2003), “a tecnologia não determina a sociedade, ela é a sociedade, pois esta não pode ser entendida ou representada sem suas ferramentas tecnológicas.”

A partir dos 778 convites, foi obtida uma amostra de 134 respondentes (amostra A), coletada para o processo de validação de modo a aprofundar com um estudo correlacional o potencial na utilização do instrumento HLS-EU-BR no Brasil. A esta amostra foi ainda acrescentado um segundo grupo para poder verificar o pressuposto da heterogeneidade dos resultados em função dos níveis de escolaridade dos participantes. Isto é, se para a amostra A nenhum critério foi considerado.

Numa segunda fase, a escala HLS-EU-BR foi aplicada na amostra B, com critério de escolaridade elevada, constituída por 179 respondentes da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) e do Instituto Politécnico Federal de Farroupilha do Rio Grande do Sul (IFF). Realizaram-se sessões antecedendo seminários sobre saúde e Literacia para a Saúde (amostra B). Foram assim conseguidos quatro momentos diferentes de coleta de dados: (i) 21 estudantes de Graduação em agronegócio, (ii) 40 alunos de Graduação em Ciência da Computação, (iii) 31 estudantes de Mestrado e profissionais da área de saúde; (iv) 87 alunos de Mestrado e Doutorado e docentes com grau de mestre ou doutor, a maioria deles no campo da educação. Foi igualmente usada uma metodologia Cawi.

Assim os participantes no estudo (oriundos da amostra B) têm uma escolaridade que é mais elevada, de modo a poder compreender a convergência externa do instrumento e sua coerência conceptual. Isto é, pressupõe-se que pessoas com nível de escolaridade elevado poderão apresentar consistentemente um padrão mais elevado de Literacia para a Saúde do que pessoas com um nível de escolaridade mais baixo.

Para este trabalho preliminar, com a intenção de avaliar a validade deste questionário HLS-EU-BR, o teste de alfa de Cronbach foi utilizado para testar a sua consistência interna e três variáveis foram analisadas: idade, sexo e experiência em saúde. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para análise estatística entre os grupos, com nível de significância de 95%.

## Resultados e Discussão

Os resultados indicaram uma elevada consistência interna em ambas as amostras, A e B. Assim, o coeficiente alfa de Cronbach da amostra A foi excelente para todos os parâmetros: 0,97 para o instrumento global HLS-EU-BR, 0,91 para cuidados curativos / paliativos (saúde); 0,94 para Prevenção e 0,92 para a Promoção da Saúde.

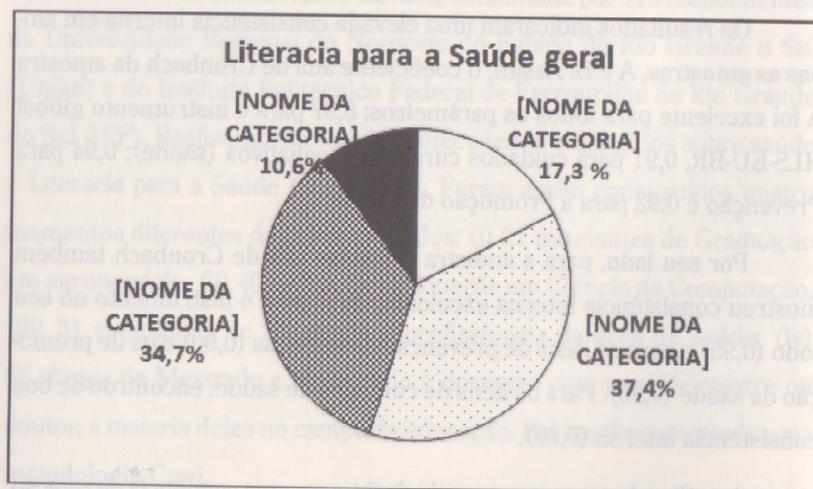
Por seu lado, para a amostra B o teste alfa de Cronbach também mostrou consistência interna excelente, quer para o instrumento no seu todo (0,95) e para os itens de prevenção de doenças (0,90) e os de promoção da saúde (0,90). Para os itens de cuidados de saúde, encontrou-se boa consistência interna (0,89).

A análise de componentes principais, com uma sequência de rotação Varimax produziu uma solução de fatores, indicando que a escala HLS-EU-BR (em português) é um instrumento dimensional que segue o padrão original (HLS-EU, do consórcio, em inglês).

Constatou-se no total da amostra A, níveis de Literacia para a Saúde "inadequada" em 20,6% dos participantes e "problemática" em 41,3%. A soma dos dois indica que 61,9% dos entrevistados apresentavam Literacia para a Saúde limitada.

Na amostra B, os resultados revelaram que a maioria dos participantes situa-se no patamar de Literacia para a Saúde "problemática" (37,4%) e "suficiente" (34,7%) (Figura 3). Por sua vez, 17,3% dos inquiridos atingiram níveis de "inadequado" e 10,6% de "excelente". Os respondentes de nível "inadequado" e "problemático" atingem, nesta amostra de respondentes de nível universitário, um total de 54,7%, mais baixo que na amostra A.

Figura 3 – Níveis de Literacia para a Saúde da amostra total

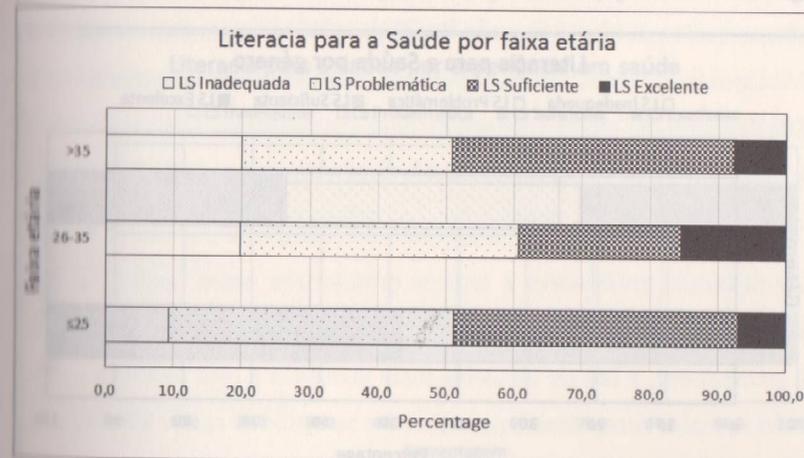


Fonte: Os autores.

Na amostra B procedeu-se à análise dos níveis de Literacia para a Saúde em função da faixa etária, do gênero e da formação e/ou experiência em saúde. Do total de 179 inquiridos, a média de idade foi de 33,5 anos (intervalo de 18–70 anos) e a grande maioria eram mulheres (112; 62,6%).

A fim de encontrar eventuais diferenças de níveis de Literacia para a Saúde por idade, foram formados três grupos etários: menores de 25 anos (43 respondentes), entre 26 e 35 anos (71 respondentes) e acima de 35 anos (65 respondentes). A análise estatística dos resultados da Figura 4 mostrou não haver diferenças significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

Figura 4 – Literacia para a saúde por faixa etária

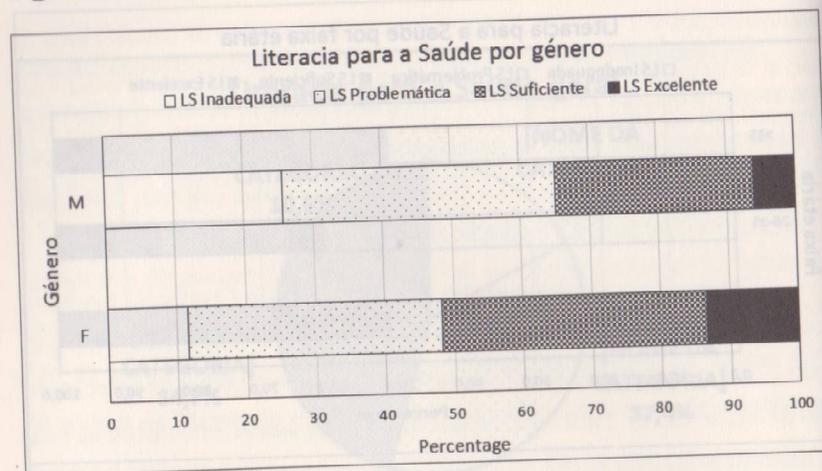


Fonte: Os autores.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ).

A análise por sexo (Figura 5) mostrou que as mulheres da amostra B tinham níveis mais elevados de Literacia para a Saúde, sendo 13,4% “excelentes” e 38,4% “suficientes” (em conjunto: 51,8%), em comparação com 0,1% e 28,8% (em conjunto: 34,6%) no caso dos homens. Estas diferenças não estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

Figura 5 – Literacia para a Saúde por gênero

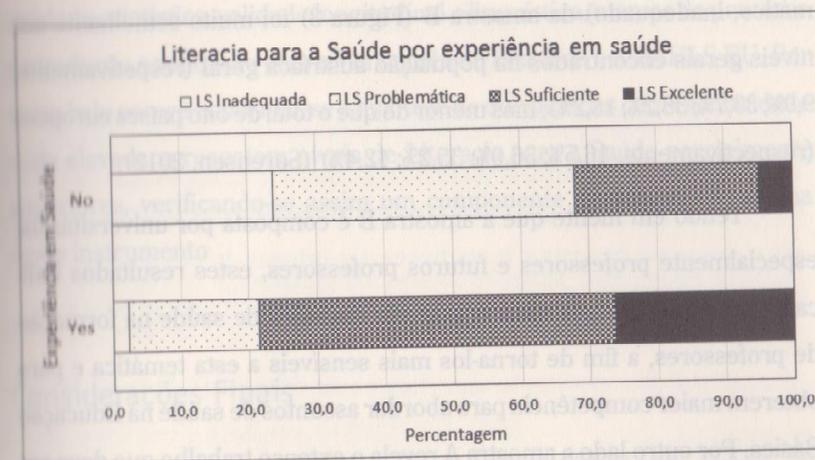


Fonte: Os autores.

Encontraram-se diferenças significativas entre os grupos ( $p < 0,05$ ).

Por último, foram analisados os efeitos dos inquiridos terem formação em saúde ou experiência em trabalhar no setor da saúde na amostra B. Como esperado, encontrou-se diferenças muito significativas ( $p < 0,0001$ ) nos níveis de literacia para a saúde entre os grupos com experiência e sem experiência em saúde. Nos que tinham experiência em saúde 26,2% são “excelentes” e 52,4% “suficientes” (em conjunto: 78,6%), em comparação com 4,9% e 27,0% (em conjunto: 31,9%) no caso dos que não tinham experiência.

Figura 6 – Literacia para a Saúde por formação e/ou experiência em saúde



Fonte: Os autores.

Encontraram-se diferenças muito significativas entre os grupos ( $p < 0,05$ ).

Este estudo pretendeu verificar em que medida a escala de Literacia para a Saúde europeia adaptada para o português do Brasil, HLS-EU-BR, poderia discriminar níveis de Literacia em Saúde numa amostra diversificada de estudantes e professores do Ensino Superior em comparação com a população em geral (uma minoria com escolaridade elevada). Na verdade, os resultados mostraram o efeito da escolaridade nos níveis de Literacia para a Saúde em que na amostra A (menor escolaridade), quase dois terços (61,9%) apresentaram Literacia para a Saúde limitada (problemático e inadequado juntos) enquanto na amostra B (mais elevada escolaridade) apenas pouco mais de metade (54,7%) expressaram Literacia para a Saúde limitada.

Os níveis de Literacia para a Saúde (excelente; suficiente; problemático; inadequado) da amostra B (Figura 3) foi muito semelhante aos níveis gerais encontrados na população austríaca geral (respectivamente, 9,9%; 33,7%; 38,2%; 18,2%), mas menor do que o total de oito países europeus (respectivamente, 16,5%; 36,0%; 35,2%; 12,4%) (Sørensen, 2012).

Tendo em mente que a amostra B é composta por universitários, especialmente professores e futuros professores, estes resultados indicam que deve ser dada mais ênfase em questões de saúde na formação de professores, a fim de torna-los mais sensíveis a esta temática e para obterem maior competência para abordar assuntos de saúde na Educação Básica. Por outro lado a amostra A revela o extenso trabalho que deve ser desenvolvido com as populações de modo a promover o incremento dos seus níveis de Literacia para a Saúde.

Os resultados não mostraram diferenças quanto à idade ( $p>0,05$ ), mas encontraram-se diferenças significativas ( $p>0,05$ ) entre homens e mulheres e diferenças muito significativas ( $p<0,0001$ ) entre os grupos que possuem ou não formação/experiência em saúde. Estes resultados, em conjunto, indicam que este questionário HLS-EU-BR está muito adequado para a aplicação na população de Ensino Superior brasileiro e população em geral. Revelam também que o instrumento HLS-EU-BR é sensível ao nível de escolaridade, confirmando assim os pressupostos teóricos que o sustentam.

Foi interessante encontrar melhores níveis de Literacia em Saúde na população feminina da amostra B, o que se pode creditar a tradição da sua maior sensibilidade para as questões de saúde, e ao fato de que são geralmente mais levadas a zelar pela sua própria saúde e de cuidados de saúde dos seus filhos.

Os resultados ratificam a fidelidade, validade facial, validade interna, validade estatística, validade longitudinal e linguística, marcas do processo de tradução e validação para o Português do Brasil da escala HLS-EU. Por outro lado parece confirmar-se a hipótese de que pessoas com escolaridade mais elevada apresentam níveis de Literacia para a Saúde parcialmente superiores, verificando-se assim um componente de validação externa deste instrumento

## Considerações Finais

Acredita-se que a adaptação cultural e validação da versão em Português da Escala HLS-EU (BR) possa contribuir sobremaneira para a construção de novas possibilidades de práticas e conhecimentos na área da saúde no Brasil e apresentar a viabilidade no uso de novas tecnologias de comunicação para o fortalecimento das estratégias de promoção da qualidade de vida e estilos de vida saudáveis. A utilidade do instrumento HLS-EU-BR pode ser discutida durante o planejamento de estratégias de políticas de saúde pública na perspectiva de promover os níveis de Literacia para a Saúde das populações.

Quando os cidadãos compreenderem como podem ir em busca das origens da sua saúde numa abordagem salutogênica da vida (Saboga-Nunes, 1999; Wainwright, et al., 2007) e não simplesmente na tradicional abordagem patogênica/biomédica, constatar-se-á que promover a saúde pode ser bem mais proveitoso do que o tratamento da doença e comporta menos sofrimento. Nesse sentido, o contributo da Literacia para a Saúde é hoje considerado incontornável perante os determinantes de contexto, pessoais, ambientais e sociais.

Colocar a conscientização na base deste processo, como Paulo Freire (1980; 1996) e Wallerstein e Bernstein (1988) propuseram, levará cada indivíduo a ser um ator decisivo na garantia da sustentabilidade. Este é o *modus faciendi* da cidadania. Para tanto, torna-se necessário o envolvimento e o empenho de cada um na construção da sociedade e dos seus pilares. Para que resulte, para que aconteça, cada pessoa deverá, individualmente, pôr o seu remo na água e ir em busca das origens da saúde. É para este devir coletivo que a Literacia para a Saúde contribuirá decisivamente.

## Referências

- AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY FOR THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS AMA (AHCHLCSAA). Health literacy: report of the council on scientific affairs. *J Am Med Assoc*, 281(6):552-557, 1999.
- ADLER, Mortimer Jerome. *Paideia Program – An Education Syllabus*. 1. ed. Nova York: Editora Collier Mc Milliam, 1992.
- \_\_\_\_\_. *A consideration at Questions Raised by the Paideia, Proposal, Paideia Problems and Possibilities*. 1. ed. Nova York: Editora Collier Mc Milliam, 1983.
- \_\_\_\_\_. *The Paideia Proposal, An Educational Manifesto*. Nova York: Collier Mc Milliam, 1982.
- ALPER, Michael. All Children Can Learn. *The University of Chicago Magazine*, 1982.
- ANDRADE, J. *Os direitos fundamentais na Constituição Portuguesa de 1976*. 2. ed. Coimbra: Almedina, 2001.

ANTONOVSKY, A. A call for a new question – salutogenesis – and a proposed answer : the sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry*, 8, 1-13, 1984a.

\_\_\_\_\_. The sense of coherence as a determinant of health. In: MATARAZZO, J. D. (Ed. lit.). *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley & Sons, p. 114-129, 1984b.

ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987b.

BAKER, D. et al. The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5(6):329-334, 1996.

CARVALHO, G. S. Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In: PEREIRA, B.; CARVALHO, G. S. (Eds.). *Atividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis*. Lisboa: Lidel; Edições Técnicas, 2006. p. 19-37.

CASTELLS, Manuel. *A galáxia da internet: reflexões sobre a internet, os negócios e a sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

CHASSIN, L. The natural history of smoking: Predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology*, 9, 701-716, 1990.

DIVISÃO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DO DEPARTAMENTO DE ACÇÃO SOCIAL (Depdas). *Diagnóstico social*. Departamento de Planeamento Estratégico Câmara Municipal de Lisboa, 2009.

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996. p. 18-19.

- FRIEDLAND, R. New estimates of the high cost of inadequate health literacy. In: *Proceedings of Pfizer Conference "Promoting Health Literacy: A Call to Action"*. Washington: Pfizer, Inc., p. 6-10, October 7-8, 1998.
- GLANZ, K.; MASKARINEC, G.; CARLIN, L. Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 29: 3, 192-199, 2005.
- HACCOUN, R. R. Une nouvelle technique de vérification de l'équivalence de mesures psychologiques traduites. *Revue Québécoise de Psychologie*, 8(3), 30-39, 1987.
- HUBER, M. et al. *How should we define health?* BMJ; 343:d4163, 2011.
- IGNA, C.; JULKUNEN, J.; AHLSTRÖM, R. Sense of coherence relates with smoking. *Journal of Health Psychology*. 13: 8, p. 996-1001, nov. 2008.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM): *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academies, 2004.
- \_\_\_\_\_. *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.
- MORITSUGU, K. In: *Proceedings from the Surgeon General's workshop on improving health literacy*, 2006.
- NAKAMURA, H. et al. Natural killer cell activity and its related psychological factor, sense of coherence in male smokers. *Journal of Occupational Health*. 43, 191-198, 2001.
- OXFORD ENGLISH DICTIONARY (OED). OED Online. Oxford University Press, September 2015. Web. 24 November 2015. Disponível em: <<http://dictionary.oed.com/>>.

- OBSERVATÓRIO DOS SISTEMAS DE SAÚDE PORTUGUÊS (OPPS). *Dois faces da saúde: relatório de Primavera 2013*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.observaport.org/rp2013>>.
- RAPPAPORT, J. The power of empowerment language. *The Social Policy*, 10 | 2, 15-21, 1985.
- SABOGA-NUNES, L. Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, III Série – Suplemento, p. 95-99, 2014.
- \_\_\_\_\_. Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16: 4, 25-31, 1998.
- \_\_\_\_\_. Do SND para o SNS. In: *Postgraduate Medicine*, jun. 2006.
- SABOGA-NUNES, L.; MARTINS, Rosane. The challenges of epistemological Validation to Brazil of the European Health literacy survey (hls-eu-br), Aten Primaria. 2014(b);46 (1):11
- SABOGA-NUNES, L.; SORENSEN, K. The European Health Literacy Survey (HLS-EU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT); Aten Primaria. 2013; 45:46, mayo 2013.
- \_\_\_\_\_. *Sense of Coherence: operationalization of a concept that determines mental health and quality of life. O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, UNL, 1999.
- \_\_\_\_\_. Salutogenic paradigm and web assisted tobacco intervention: the case of [www.parar.net](http://www.parar.net). In: World Congress on Internet in Medicine. 11, Toronto, 13-20 October 2006 – Improving public health through the Internet: abstracts book. Toronto: Society for the Internet in Medicine, 2006.

SØRENSEN, K. The European Health Literacy Survey. In: *Health literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World*, New York Academy of Medicine, september 24, 2012.

SPYCHERS. *Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen*. Bern: Büro für Arbeits und Sozio-politische Studien (Bass), 2006.

WAINWRIGHT, N. et al. Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61:10, 871-876, 2007.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15: 4, 379-394, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

\_\_\_\_\_. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986. Disponível em: <<http://literacia-saude.info/wp-content/uploads/2013/10/who-1986-Ottawa.pdf>>.

\_\_\_\_\_. *European health care reforms: citizens' choice and patients' rights*. Copenhagen: World Health Organization, 1986, 1996.

\_\_\_\_\_. *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.

\_\_\_\_\_. Margaret Chan. *Financial crisis and global health*. Director-General of the World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial\\_crisis\\_20090119/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/en/)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health Literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, 2013.

\_\_\_\_\_. *Health Promoting schools*, series 5, Regional Guidelines development of health-promoting schools – a framework for action, Manila: WHO, 1996.

WORLD HEALTH COMMUNICATION ASSOCIATES. *Health literacy*, part 1 “the basics.” WHCA action guide, 2009.

#### Anexo: Escala Europeia de Literacia para a Saúde (HLS-EU) para o Brasil (HLS-EU-BR)

- 1 “... encontrar informações sobre sintomas de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”
- 2 “... encontrar informações sobre tratamentos de doenças que lhe dizem respeito ou causam preocupação?”
- 3 “... descobrir o que fazer em caso de uma emergência médica?”
- 4 “... descobrir onde obter ajuda especializada quando está doente? (por ex. junto de um médico, farmacêutico, psicólogo)”
- 5 “... compreender o que seu médico lhe diz?”
- 6 “... compreender a bula (os folhetos) que acompanham o seu medicamento?”
- 7 “... compreender o que fazer numa emergência médica?”
- 8 “... compreender instruções do seu médico ou farmacêutico sobre o modo de tomar um medicamento receitado
- 9 “... avaliar como é que a informação oriunda do seu médico se aplica ao seu caso?”
- 10 “... avaliar vantagens e desvantagens de diferentes opções de tratamento?”
- 11 “... avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?”
- 12 “... avaliar, se a informação sobre a doença nos meios de comunicação é de confiança?” (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação).

- 13 “... usar informações que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?”
- 14 “... seguir instruções sobre medicação?”
- 15 “... chamar uma ambulância em caso de emergência?”
- 16 “... seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?”
- 17 “... encontrar informações para gerir comportamentos que afetam a sua saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”
- 18 “... encontrar informações para gerir problemas de saúde mental, tais como estresse ou depressão?”
- 19 “... encontrar informações sobre vacinas e exames de saúde que devia fazer?” (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão arterial).
- 20 “... encontrar informações sobre como prevenir ou controlar condições tais como o excesso de peso, pressão arterial alta ou colesterol alto?”
- 21 “... compreender advertências relativas à saúde e comportamentos tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”
- 22 “... entender porque precisa de vacinas?”
- 23 “... entender porque precisa de exames de saúde? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)”
- 24 “... avaliar quão seguras são as advertências envolvendo a saúde, tais como fumar, atividade física insuficiente e beber álcool em demasia?”
- 25 “... avaliar quando precisa ir a um médico para um check-up ou exame geral de saúde?”
- 26 “... avaliar quais são as vacinas de que pode precisar?”
- 27 “... avaliar que exames de saúde precisa fazer? (por ex. exame de mama, teste de açúcar no sangue, pressão sanguínea)”
- 28 “... avaliar, se as informações sobre os riscos de saúde na mídia são de confiança? (por ex. TV, Internet ou outros meios de comunicação)”
- 29 “... decidir se deve fazer a vacina contra a gripe?”
- 30 “... decidir como se pode proteger da doença com base nos conselhos da família e amigos?”

- 31 “... decidir como pode proteger-se da doença com base em informações dadas através dos meios de comunicação? (por ex. Jornais, folhetos, tv, rádio, Internet ou outros meios de comunicação)”
- 32 “... encontrar informações sobre atividades saudáveis tais como atividade física, alimentação saudável e nutrição?”
- 33 “... saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental? (por ex. meditação, exercício, caminhada, pilates, etc.)”
- 34 “... encontrar informações que indiquem como é que o seu bairro poderia ser mais amigo da saúde? (por ex. redução de ruído e poluição, a criação de espaços verdes, de lazer)”
- 35 “... saber mais sobre as mudanças políticas que possam afetar a saúde? (por ex. legislação, programas de rastreio de saúde, novas mudanças de governo, de reestruturação de serviços de saúde, etc.)”
- 36 “... saber mais sobre os esforços para promover a sua saúde no trabalho?”
- 37 “... compreender conselhos sobre saúde que lhe chegam dos familiares ou amigos?”
- 38 “... compreender informação contida nas embalagens dos alimentos?”
- 39 “... compreender a informação oriunda dos meios de comunicação sobre a forma de se tornar mais saudável? “ (por ex. Internet, jornais, revistas)”
- 40 “... compreender a informação que visa a manter a mente saudável?”
- 41 “... avaliar como o local onde vive, afeta a sua saúde e bem-estar?” (por ex. a sua comunidade, seu bairro)
- 42 “... avaliar como suas condições de habitação ajudam a permanecer saudável?”
- 43 “... avaliar que comportamento diário está relacionado com a sua saúde? (por ex. beber álcool, hábitos alimentares, exercício, etc.)”
- 44 “... tomar decisões para melhorar a sua saúde?”
- 45 “... ser sócio de um clube, praticar esportes ou aula de ginástica se desejar?”
- 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.)”
- 47 “... tomar parte das atividades que melhoram a saúde e o bem-estar na sua comunidade?”

Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). Hermenêutica da Literacia em Saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT). In: 40 anos de democracia(s): progressos, contradições e prospetivas. Atas do VIII Congresso Português de Sociologia, Lis-

boa: Associação Portuguesa de Sociologia. ISBN: 978-989-97981-2-0. Disponível em: <[http://www.aps.pt/viii\\_congresso/actas.php?area=actas&m=1](http://www.aps.pt/viii_congresso/actas.php?area=actas&m=1)>. Acesso em: 26 nov. 2015.

Saboga-Nunes, L. et al. Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-PT) – Aten Primaria. 46 (1):12-13, 2014.

Saboga-Nunes, L.; Rosane Martins. The challenges of epistemological Validation to Brazil of the European Health literacy survey (HLS-EU-BR), Aten Primaria. 46 (1):11, 2014. (<[www.literacia-saude.info](http://www.literacia-saude.info)>).

## DETERMINANTES SOCIAIS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE NA ÓTICA DE USUÁRIOS DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

Joseane Pazzini Eckhardt

Cleide Alfinig

Ana Julia Forchesatto

Eniva Miladi Fernandes Stumm

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa em 1986, define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Assim, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente natural, político e social e suas questões existenciais (Delfino et al., 2012).

Neste contexto, a assistência primária passou a priorizar o processo dialógico na resolução de problemas, na qual população e profissionais compartilham saberes, buscam a melhoria da qualidade de vida e promovem a

<sup>1</sup> Trabalho realizado na disciplina de Educação em Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde-Unijuí/Unicruz, sob coordenação da professora doutora Eva Teresinha de Oliveira Boff.

Interações entre

# *Conhecimentos, Valores e Práticas*

na Educação em Saúde



Eva Teresinha de Oliveira Boff  
Maria Cristina Pansera-de-Araújo  
Graça Simões de Carvalho  
Organizadoras



Editora UNIJUÍ

Coleção Educação em Ciências

Eva Teresinha de Oliveira Boff  
Maria Cristina Pansera-de-Araújo  
Graça Simões de Carvalho  
Organizadoras

Interações entre  
**Conhecimentos,  
Valores e Práticas**  
na Educação em Saúde

Interações entre conhecimentos, valores e práticas na educação em saúde / Eva Teresinha de Oliveira Boff, Maria Cristina Pansera-de-Araújo, Graça Simões de Carvalho. – Ijuí, 2016. – 288p. – Coleção Educação em Ciências. – (Educação em Saúde).  
ISBN 978-85-7410-111-1  
I. Educação em Saúde. II. Boff, Eva Teresinha de Oliveira (Org.). III. Pansera-de-Araújo, Maria Cristina (Org.). IV. Carvalho, Graça Simões de (Org.). V. Saúde. I. Boff, Eva Teresinha de Oliveira. II. Pansera-de-Araújo, Maria Cristina. III. Carvalho, Graça Simões de. IV. Saúde. V. Saúde.

Comitê Editorial:  
Joel Corso (Editora Unijuí)  
Otávio Alcino Maldaner  
Maria Cristina Pansera-de-Araújo



Editora UNIJUI  
Ijuí  
2016

© 2016, Editora Unijuí  
Rua do Comércio, 1364  
98700-000 – Ijuí – RS – Brasil  
Fones: (0\_\_55) 3332-0217  
E-mail: editora@unijui.edu.br  
Http://www.editoraunijui.com.br  
www.twitter.com/editora\_unijui

*Editor:* Gilmar Antonio Bedin

*Editor-Adjunto:* Joel Corso

*Capa:* Alexandre Sadi Dallepiane

*Responsabilidade Editorial, Gráfica e Administrativa:*

Editora Unijuí da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí; Ijuí, RS, Brasil)

Agradecimentos ao CNPq, à Fapergs e à Unijuí.

Catálogo na Publicação:  
Biblioteca Universitária Mario Osorio Marques – Unijuí

162 Interações entre conhecimentos, valores e práticas na educação em saúde / organizadoras Eva Teresinha de Oliveira Boff, Maria Cristina Pansera-de-Araújo, Graça Simões de Carvalho. – Ijuí : Ed. Unijuí, 2016. – 208 p. – (Coleção educação nas ciências).  
ISBN 978-85-419-0190-1

1. Educação. 2. Saúde. 3. Formação docente. I. Boff, Eva Teresinha de Oliveira (Org.). II. Pansera-de-Araújo, Maria Cristina (Org.). III. Carvalho, Graça Simões de (Org.). IV Título. V. Série.

CDU : 37:61  
371.13

Editora Unijuí afiliada:

**ABEU**  
Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias



A Coleção EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS da Editora Unijuí constitui-se em novo esforço para ampliar a divulgação de trabalhos que se preocupam com a melhora das condições do ensino das Ciências Naturais e que tenham como foco a formação de professores e professoras em todos os níveis da escolarização. Com o crescimento da Pós-Graduação das áreas da Educação e do Ensino em Ciências e Matemática, aumentou muito o número de trabalhos que podem contribuir para a formação inicial e continuada dos professores da área científica, nos diversos campos que compõem os conhecimentos necessários ao exercício do magistério. Assim, poderão ser publicados livros que tratam de inovação e produção curricular na área das Ciências Naturais, formação de professores, temas específicos de formação – aprofundamento de conhecimentos sobre os quais os professores são sempre inquiridos e textos de divulgação científica –, aspectos de teorias de ensino e aprendizagem que sustentam novas abordagens curriculares e metodologias de pesquisa em educação científica, temas transversais que circundam as Ciências Naturais – questões ambientais, sexualidade humana, diversidade cultural e outros. Para a escolha e avaliação de originais é proposto Conselho Editorial interinstitucional representativo da área.

#### Conselho Editorial:

Décio Auler (UFSM, RS)  
Demétrio Delizoicov (UFSC)  
Elizabeth Macedo (UERJ, RJ)  
Flávia Maria Teixeira dos Santos (UFRGS, RS)  
João Batista Harres (PUC, RS)  
Lenir Basso Zanon (Unijuí, RS)  
Leonardo Fabio Martínez Pérez (UPN)  
Luiz Marcelo de Carvalho (Unesp, SP)  
Marcelo Giordan (USP, SP)  
Maria do Carmo Galiuzzi (Furg, RS)  
Maria Emilia Caixeta de Castro Lima (UFMG, MG)  
Maria Ines Copello (Universidade de Montevideo)  
Milton Antonio Auth (UFU)  
Olival Freire Jr (Ufba, BA)  
Rejane Maria Ghisolfi da Silva (UFSC)  
Sílvia Chaves (Ufpa, PA)  
Wildson Luiz Pereira dos Santos (UnB, DF)

#### Comitê Editorial:

Joel Corso (Editora Unijuí, RS)  
Otavio Aloisio Maldaner (Unijuí, RS)  
Maria Cristina Pansera-de-Araújo (Unijuí, RS)

# SUMÁRIO

PREFÁCIO.....9

## O MODELO KVP:

Interações entre Conhecimento, Valores e Práticas Sociais .....13  
*Pierre Clément*

CONVERGÊNCIA AO LONGO DA ESCOLARIDADE DOS  
CONHECIMENTOS, VALORES E PRÁTICAS EM SAÚDE DE  
CRIANÇAS E JOVENS DE MEIO RURAL E DE MEIO URBANO .....31

*Graça Simões de Carvalho*

*Artur Gonçalves*

NÍVEIS DE ALFABETIZAÇÃO/LITERACIA PARA A SAÚDE  
EM DUAS POPULAÇÕES DE DIFERENTES NÍVEIS  
DE ESCOLARIDADE NA CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.....57

*Luis A. Saboga-Nunes*

*Maria Cristina Pansera-de-Araújo*

*Eva Teresinha de Oliveira Boff*

*Rosane Aparecida de Sousa Martins*

*Rosa Branca Tracana*

*Graça S. Carvalho*

DETERMINANTES SOCIAIS E CONCEPÇÕES DE SAÚDE NA ÓTICA DE USUÁRIOS DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	89
<i>Joseane Pazzini Eckhardt</i>	
<i>Cleide Alfing</i>	
<i>Ana Julia Forchesatto</i>	
<i>Eniva Miladi Fernandes Stumm</i>	
APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DOS CURRÍCULOS DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E COMPUTAÇÃO: Um Espaço-Tempo para Educação em Saúde .....	109
<i>Maria Cristina Pansera-de-Araújo</i>	
<i>Rúbia Emmel</i>	
<i>Adão Caron Cambraia</i>	
A SAÚDE NOS LIVROS DIDÁTICOS BRASILEIROS DE BIOLOGIA: Que Ensino Propomos? .....	133
<i>Liziane Martins</i>	
<i>Charbel Niño El-Hani</i>	
<i>Graça Simões Carvalho</i>	
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NO CONTEXTO DO LIVRO DIDÁTICO: Estratégia de Educação Alimentar e Nutricional na Escola Básica .....	157
<i>Cristiane Tarine Müller Giroto</i>	
<i>Eva Teresinha de Oliveira Boff</i>	
EDUCAÇÃO AMBIENTAL E A SAÚDE: Conhecimentos, Valores e Práticas da Poluição em Manuais Escolares de 16 Países .....	181
<i>Rosa Branca Tracana</i>	
SOBRE OS AUTORES.....	201

## PREFÁCIO

Um pr  
é preciso ser  
pesquisa e d  
crita à Edu  
fazem com  
novos lin  
caso; a F  
conceit

Práti  
de n  
aos  
a l