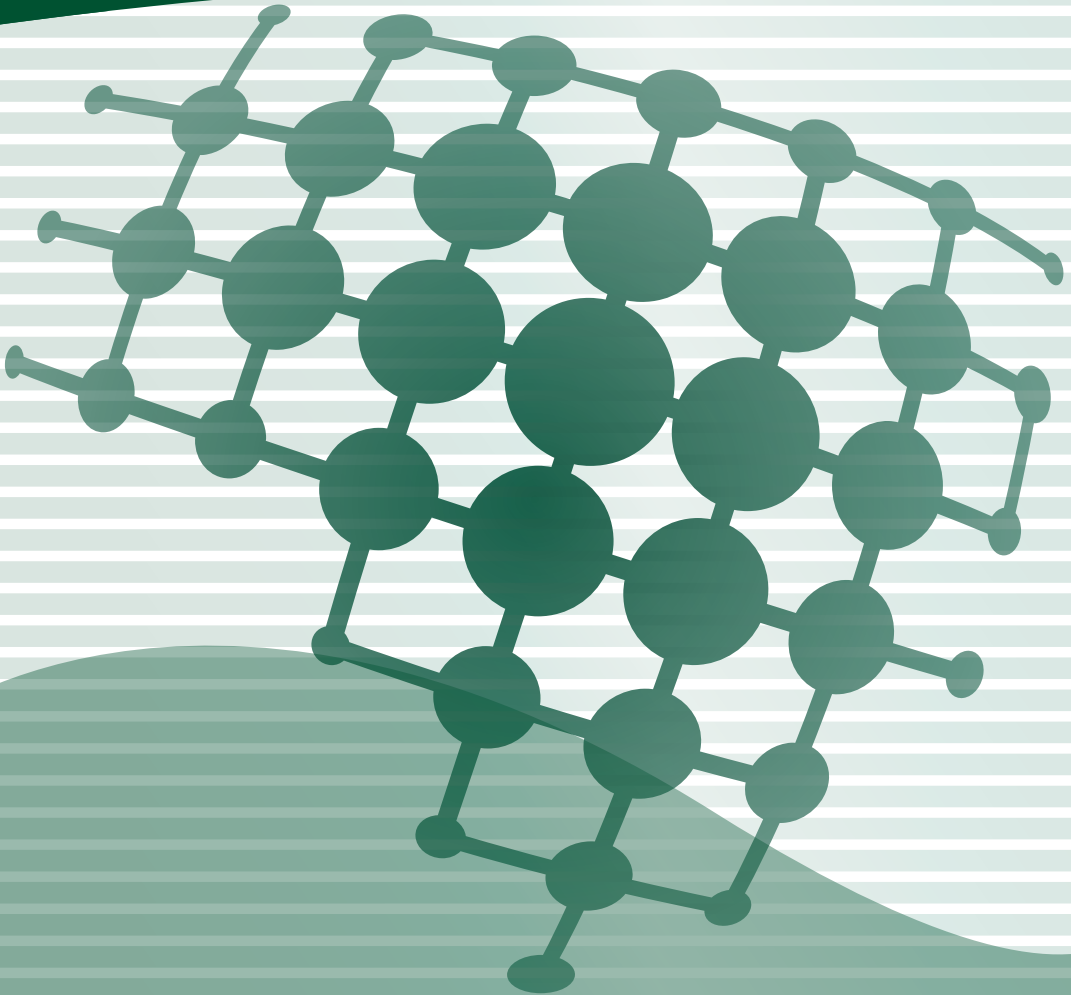


UnA-SUS

# Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 3: Estudos Complementares

Módulo 8: Tópicos especiais em ética,  
educação em saúde e aspectos  
técnicos e legais relacionados aos  
medicamentos homeopáticos





TÓPICOS ESPECIAIS EM  
ÉTICA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
E ASPECTOS TÉCNICOS E  
LEGAIS RELACIONADOS AOS  
MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS

MÓDULO 8

## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff

**Ministro da Saúde** Ademar Arthur Chioro dos Reis

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)** Heider Aurélio Pinto

**Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES)** Alexandre Medeiros de Figueiredo

**Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)** Jarbas Barbosa da Silva Junior

**Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF/SCTIE)** José Miguel do Nascimento Júnior

**Responsável Técnico pelo Projeto UnA-SUS** Francisco Eduardo de Campos

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Pesquisa e Extensão** Jamil Assreuy

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**Chefe do Departamento** Marcos Antônio Segatto

**Subchefe do Departamento** Flávio Henrique Reginatto

**Coordenadora do Curso** Célia Maria Teixeira Campos

## COMISSÃO GESTORA

**Coordenadora do Curso** Eliana Elisabeth Diehl

**Coordenadora Pedagógica** Mareni Rocha Farias

**Coordenadora de Tutoria** Rosana Isabel dos Santos

**Coordenadora de Regionalização** Silvana Nair Leite

**Coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso** Luciano Soares

**Coordenação Técnica** André Felipe Vilvert, Bernd Heinrich Storb, Fabíola Bagatini Buendgens, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Mônica Cristina Nunes da Trindade, Samara Jamile Mendes

## ORGANIZADORES

Mareni Rocha Farias

Fabíola Bagatini Buendgens

Marcelo Campese

## AUTORES

Débora Omena Futuro

Fabíola Bagatini Buendgens

Fabíola Stolf Brzozowski

Fernanda Manzini

Sandra Caponi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ORGANIZADORES

Mareni Rocha Farias

Fabíola Bagatini Buendgens

Marcelo Campese

# MÓDULO 8

## TÓPICOS ESPECIAIS EM ÉTICA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ASPECTOS TÉCNICOS E LEGAIS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS

© 2015. Todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

*Edição, distribuição e informações:*

*Universidade Federal de Santa Catarina*

*Campus Universitário 88040-900 Trindade – Florianópolis - SC*

*Disponível em: [www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica](http://www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica)*

**Un385f** Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Gestão da Assistência Farmacêutica. Educação a distância

Módulo 8 - Tópicos especiais em ética, educação em saúde e aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos / Mareni Rocha Farias, Fabíola Bagatini Buendgens, Marcelo Campese. — Florianópolis, SC : UFSC, 2015.

143 p.

Inclui bibliografia.

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica](http://www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica)

Conteúdos do Módulo: Ética e medicalização. Educação em saúde. Estudo dos aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos e seus impactos na assistência farmacêutica.

ISBN: 978-85-8328-048-4

1. Gestão em saúde. 2. Assistência farmacêutica. 3. Bioética. 4. Educação em saúde. 5. Medicamento homeopático. I. Farias, Mareni Rocha. II. Buendgens, Fabíola Bagatini. III. Campese, Marcelo. IV. Título.

CDU: 615.1

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional** Equipe Labmin

**Revisão Textual** Judith Terezinha Müller Lohn

**Coordenadora de Produção** Giovana Schuelter

**Projeto Gráfico** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Ilustração Capa** Ivan Jerônimo Iguti da Silva

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL (2ª EDIÇÃO)**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

**Coordenação de Produção de Material** Andreia Mara Fiala

**Revisão Textual** Judith Terezinha Muller Lohn

**Design Gráfico** Taís Massaro

# SUMÁRIO

UNIDADE 1 - ÉTICA E MEDICALIZAÇÃO.....	13
Lição 1 – A ética na assistência à saúde .....	15
Lição 2 – Bioética: principais conceitos e história.....	25
Lição 3 – Ética, pesquisa e indústria farmacêutica .....	30
Lição 4 – O que significa medicalizar? .....	45
Lição 5 – Medicalização do sofrimento.....	56
REFERÊNCIAS .....	65
UNIDADE 2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	71
Lição 1 – Promoção da saúde e os modelos de práticas educativas em saúde .....	73
Lição 2 – Sete Teses sobre Educação em Saúde de Briceño–Léon .....	87
Lição 3 – Um olhar sobre os materiais educativos utilizados nos serviços de saúde.....	101
REFERÊNCIAS .....	110
UNIDADE 3 - ESTUDOS DOS ASPECTOS TÉCNICOS E LEGAIS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS VISANDO À SUA INSERÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE .....	119
Lição 1 – Primeiro encontro: organizando o Programa de Homeopatia em Boticas .....	121
Lição 2 – Segundo encontro: preparação do medicamento homeopático .....	124
Lição 3 – Terceiro encontro: legislação homeopática e parâmetros para a introdução do medicamento homeopático na Atenção Básica no município de Boticas .....	131
REFERÊNCIAS .....	141





# APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Seja bem-vindo ao Módulo Tópicos Especiais!

Para contemplar interesses específicos, o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - EaD oferece três Módulos optativos (Módulos Tópicos Especiais - 7, 8 e 9), dos quais os estudantes que optaram pela especialização deverão escolher um para integralizar a carga horária, realizando a atividade avaliativa indicada. O estudante terá acesso no moodle somente ao Módulo escolhido, mas pode ter acesso aos conteúdos em PDF dos demais Módulos no pen-drive (ofertado no 2ª Encontro Presencial) e na Biblioteca.

Aproveite os conteúdos das unidades para complementar a formação em Gestão da Assistência Farmacêutica, explorando aspectos mais específicos, de acordo com seus interesses e com o contexto de seu local de atuação.

O Módulo 8 - *Tópicos especiais em ética, educação em saúde e aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos* está organizado em três unidades de aprendizagem: Ética e medicalização, Educação em saúde e Estudos dos aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos e seus impactos na assistência farmacêutica.

Na unidade *Ética e medicalização* serão aprofundados conhecimentos sobre a ética e a relação desta com a medicalização. Para tanto, serão discutidos o conceito de ética e de bioética, partindo de um resgate histórico de aspectos relacionados e fazendo uma ligação com a prática profissional, além de discutir o processo de medicalização e a excessiva utilização de serviços médicos, percebendo como determinados fatores são identificados na sociedade atual.

O modelo biomédico ainda tem grande influência na formação dos profissionais e, apesar de entendermos a importância da promoção de saúde, as ações de educação ainda são muito pautadas na lógica de prevenção das doenças e recuperação dos enfermos. A unidade *Educação em saúde* aborda o tema e a relação com a promoção da saúde, refletindo como os conceitos e modelos de educação influem nas práticas dos profissionais de saúde. Faz, também, uma abordagem crítico-reflexiva da produção e utilização de materiais educativos.

No que diz respeito aos medicamentos homeopáticos, tratados na terceira unidade do Módulo, serão apresentados os fundamentos básicos da filosofia homeopática, as principais características do medicamento homeopático, sua preparação, e as estratégias que podem ser utilizadas para sua inclusão na assistência farmacêutica básica.

Flora, é claro, continuará nos acompanhando também neste Módulo!

Bons estudos!

## Ementa

Introdução à bioética. Medicalização e ética em saúde. Medicalização e medicamentação. A expansão da indústria em saúde e a ética em pesquisa. Promoção da saúde. Modelos de práticas educativas em saúde. Sete Teses sobre Educação em Saúde de Briceño – León. Materiais educativos utilizados nas práticas em saúde. Fundamentos da filosofia homeopática e da história da homeopatia no Brasil. Estratégias para a organização da assistência farmacêutica em homeopatia nos municípios brasileiros.

## Unidades

Unidade 1 - Ética e medicalização

Unidade 2 - Educação em saúde

Unidade 3 - Estudos dos aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos e seus impactos na assistência farmacêutica



# UNIDADE 1

TÓPICOS ESPECIAIS EM ÉTICA, EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE E ASPECTOS TÉCNICOS E LEGAIS  
RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS  
HOMEOPÁTICOS

# UNIDADE 1 - ÉTICA E MEDICALIZAÇÃO

## Ementa da Unidade

- Introdução à bioética.
- Medicalização e ética em saúde.
- Medicalização e medicamentação.
- A expansão da indústria em saúde e a ética em pesquisa.

**Carga horária da unidade: 15 horas.**

## Objetivos específicos de aprendizagem

- Compreender o conceito de ética e refletir sobre ele, relacionando-o com a prática profissional.
- Descrever o surgimento da bioética e sua importância, relacionando com as atividades profissionais.
- Refletir sobre as implicações éticas que podem existir na pesquisa com seres humanos, principalmente no que concerne à indústria farmacêutica.
- Compreender o processo de medicalização, relacionando-o com a prática profissional.
- Discutir a excessiva utilização de serviços médicos, incluindo medicamentos, em situações de vida que poderiam ser consideradas “normais”, repensando nosso modelo de saúde e a prática profissional.

## Apresentação

Caro estudante,

Nesta unidade, vamos aprofundar conhecimentos sobre a ética e a relação desta com a medicalização.

Para contextualizar, vamos compreender e aprofundar o conceito de ética e de bioética, partindo de um resgate histórico de aspectos relacionados e fazendo uma ligação com a prática profissional, refletindo

sobre o modo como esses temas fazem parte de nossa rotina.

No decorrer do conteúdo, também discutiremos o processo de medicalização e a excessiva utilização de serviços médicos, percebendo como determinados fatores são identificados na sociedade atual.

Confira, e bom aprendizado!

#### **Conteudistas responsáveis:**

Sandra Caponi  
Fabíola Stolf Brzozowski

#### **Conteudista de referência:**

Sandra Caponi

#### **Conteudistas de gestão:**

Silvana Nair Leite  
Maria do Carmo Lessa Guimarães

# ENTRANDO NO ASSUNTO

## Lição 1 – A ética na assistência à saúde

Nesta lição, vamos compreender o conceito de ética e refletir sobre ele, relacionando-o com a prática profissional. Vamos, também, conhecer uma breve contextualização histórica do termo para auxiliar nessa compreensão.

O expressivo desenvolvimento de novos fármacos e a comercialização, em larga escala, desses produtos é um fato bastante recente. Até o século XVIII, a pesquisa podia ser considerada uma atividade amadora. A partir da segunda metade do século XIX, o desenvolvimento de pesquisas científicas tornou-se mais limitado aos espaços acadêmicos e passou a dispor de métodos mais rigorosos e precisos. No século XX, como afirmam Garrafa e Lorenzo (2010), pode-se observar uma estreita ligação entre pesquisa e interesses corporativos. Os estudos universitários, pouco a pouco, começaram a aproximar-se dos interesses da indústria.

No campo da medicina e da terapêutica, por exemplo, podemos verificar essa aproximação na criação de novos fármacos. Ao mesmo tempo em que se assiste a um aprimoramento da eficácia terapêutica dos medicamentos, podemos observar, também, o crescimento de um mercado em expansão, que difunde seus produtos pela mídia, que persegue o lucro e que, muitas vezes, para atingir esses lucros, pode chegar a estimular o consumo desnecessário de medicamentos ou a estimular a criação de novos mercados.

Assim, como consequência da descoberta de algum novo fármaco, tal como foi denunciado por Jörg Blech (2005), muitas vezes, pode ocorrer o surgimento de novas doenças. Observamos, ainda, a insistente divulgação, pela mídia, de diversos tipos de medicamentos, muitos dos quais estão destinados a mercados elásticos, como ocorre com as terapias preventivas, que visam antecipar riscos de possíveis doenças futuras (como os medicamentos para a hipercolesterolemia ou para a hipertensão). Outro desses mercados elásticos e de fronteiras imprecisas é o dos sofrimentos psíquicos. Na medida em que todos padecemos, em algum momento de nossas vidas, de algum tipo de sofrimento psíquico, esse mercado se torna altamente lucrativo, pois ele pode ser indefinidamente ampliado.

A indústria farmacêutica exerce um grande poder no mercado e na área da saúde como um todo, sendo uma das atividades mais lucrativas do mundo. Os fatores que favorecem essa expansão são diversos, além da eficácia maior de alguns medicamentos, não podemos desconsiderar a preocupação, própria de nossa sociedade, por generalizar e antecipar todos os riscos possíveis. O fenômeno de medicalização da vida cotidiana, que será melhor apresentado ao longo das lições desta unidade, é outro fator que não pode ser deixado de lado.

Por campo médico **1** entendemos aqui não só o que concerne à profissão médica em si, mas a toda a área da saúde.

Podemos descrever, rapidamente, a medicalização como sendo a incorporação ao **campo médico**<sup>1</sup> de problemas que até esse momento não eram considerados como passíveis de intervenção médica.

Assim, situações que antes seriam caracterizadas como tristeza podem passar a ser vistas e diagnosticadas como depressão; crianças com baixo desempenho escolar, cujas mães procurariam, anteriormente, um professor de reforço ou um pedagogo, hoje procuram auxílio médico, sendo, muitas dessas situações, diagnosticadas como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Apesar da grande movimentação financeira gerada por essa indústria todos os anos, o número de pesquisas conduzidas por esses laboratórios, direcionadas para o desenvolvimento de fármacos que atendam às necessidades de países mais pobres ainda é pequeno. Para termos uma ideia, entre 1975 e 2004, foram desenvolvidos 1.556 novos fármacos, entretanto, destes, apenas 10 eram específicos para o tratamento de doenças tropicais, típicas de países em desenvolvimento (GARRAFA; LORENZO, 2010).



### Reflexão

Podemos nos perguntar: qual é o objetivo de nos determos a analisar questões como essas?

Essas questões nos permitem pensar que a produção de conhecimento em geral e a produção de fármacos em particular, respondem a uma lógica que nem sempre está vinculada à pureza da pesquisa científica, à laboriosa descoberta de certos fármacos, ao objetivo único de melhorar a vida e a saúde das populações.



Outros valores estão em jogo, como: interesses econômicos, acumulação de lucro, criação de novos mercados para colocar esses medicamentos, competição com outras indústrias de medicamentos, *marketing* etc. Desse modo, podemos observar que, como assinala Márcia Angel (2007), existe um privilégio concedido à pesquisa e ao investimento em certos medicamentos, que poderão ser vendidos por muitos anos, para pessoas com poder de compra, ainda que isso signifique deixar de investir na produção de medicamentos para tratar doenças decorrentes da pobreza, como Chagas, malária, cólera ou tuberculose.

Os dados aqui apresentados também nos permitem pensar que muitas das escolhas que fazemos como pesquisadores podem estar, igualmente, influenciadas por interesses econômicos, ou por promessas de prestígio acadêmico, ou, ainda, por nos facilitar a produção e publicação de *papers* em revistas científicas que aprimorem nossos currículos. Todo o sistema de avaliação dos pesquisadores, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, leva a premiar aqueles que produzem pesquisas financiadas e, quanto maior o financiamento recebido, maiores os benefícios que se traduzem no reconhecimento dos pares. Como vemos, nem a produção de medicamentos, nem a própria pesquisa científica estão livres de valores ou interesses, isto é, elas não são neutras ou isentas dessas influências, como muitas vezes gostam de se definir.

Porém, tanto pesquisadores quanto indústria farmacêutica podem fazer escolhas e decidir privilegiar outros valores que não sejam aqueles limitados ao lucro, à competição entre pares, à procura de reconhecimento ou de financiamento, enfim, a valores que se limitam à conquista de benefício pessoal a qualquer custo. Podem decidir privilegiar escolhas que sirvam para melhorar a vida, a saúde e a dignidade das populações, tanto das que têm poder aquisitivo, quanto daquelas que sofrem com doenças decorrentes da marginalização e da pobreza. Refletir sobre as questões éticas implicadas nessas escolhas é uma tarefa que compete a cada um de nós como indivíduos, mas, prioritariamente, compete a nós como profissionais que desenvolvem funções de gestão e de administração do setor público de saúde.

Do apresentado até aqui, podemos apontar algumas questões para refletir, que podem direcionar nosso Curso, centradas em dois problemas: a ética (e a bioética) e a medicalização (particularmente a medicalização de condutas e sofrimentos). Começamos, então, por apontar algumas delas, que podem ser consideradas chaves para

refletir sobre nosso dia a dia. É importante que todo profissional de saúde que lida, direta ou indiretamente, com compra, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos pense nas perguntas que apresentamos a seguir.



### Reflexão

- 1) A indústria farmacêutica visa, exclusivamente, melhorar as condições de vida e saúde das populações?
- 2) Como e de que modo os interesses de mercado podem exercer influência (direta ou indireta) no direcionamento das pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos?
- 3) Por que razão é exíguo ou quase nulo o investimento em novos fármacos para doenças prevalentes em países pobres?
- 4) Por quais razões (positivas e negativas) a indústria farmacêutica escolhe investir em fármacos destinados a doenças crônicas e privilegiar a prevenção de riscos?
- 5) Quais as consequências de investir num mercado elástico, como aquele representado pelos sofrimentos psíquicos e pelos comportamentos indesejados?

Solicitamos que você pense, por ora, nessas questões e que nos permita retornar a elas mais adiante, nesta unidade.

Nas discussões que seguem, apresentamos alguns subsídios que auxiliarão você a refletir sobre esses problemas.



### Links

O vídeo indicado, a seguir, consiste em uma reportagem que alerta para um problema de excesso de consumo de um medicamento específico, o metilfenidato (utilizado no tratamento do TDAH). Assista: [http://www.youtube.com/watch?v=\\_yorshEORgA](http://www.youtube.com/watch?v=_yorshEORgA)

A partir dessas considerações, gostaríamos de discutir, neste conteúdo, algumas questões cotidianas, relacionadas ao nosso dia a dia como profissionais de saúde.

Inicialmente, vamos falar um pouco sobre ética para, logo depois, entrarmos no tema da bioética, uma ética aplicada às ciências da vida. Refletindo sobre o que foi discutido até então, buscamos pensar um pouco sobre pesquisa e indústria farmacêutica, como se dá essa relação, já trazendo o tema de medicalização, em seguida. Por fim, vamos falar um pouco sobre medicalização do sofrimento, ou seja, como, muitas vezes, nossos sofrimentos cotidianos podem ser transformados em problemas médicos.

Agora, vamos compreender um pouco mais sobre a ética na assistência à saúde, relacionando-a com a prática profissional.

Como vimos, a produção de medicamentos, as intervenções terapêuticas e o próprio direcionamento das pesquisas perpassam por questões éticas.



### Reflexão

Mas podemos nos perguntar: o que é ÉTICA?

A ética é o campo da filosofia que se ocupa em refletir sobre nossos comportamentos e sobre as consequências morais desse comportamento. Esse campo do saber nos obriga a refletir sobre o modo como nos vinculamos aos outros e a nós mesmos. Quando olhamos nossos atos de uma perspectiva ética, sabemos que as escolhas humanas não podem ser realizadas simplesmente por um capricho, porque obedecemos a uma ordem ou porque estamos acostumados a agir desse modo.

A ética tem o objetivo fundamental de auxiliar-nos a refletir sobre nosso mundo e sobre nós mesmos, impedindo que se perpetuem todos os preconceitos que perpassam os discursos cotidianos, assim como muitas das afirmações que fazem parte do dito “senso comum”. Para tanto, exige um distanciamento crítico em relação àquelas coisas que consideramos como certas inamovíveis, fatos para os quais nunca “tiramamos um tempo para pensar”, pois parecem óbvios e naturais.

Porém, foi justamente porque, em determinados momentos históricos, as pessoas pararam para pensar nessas questões que estavam instituídas e aceitas por todos como inquestionáveis (como o fato de que as mulheres não teriam direito de votar, por exemplo) que muitos direitos foram conquistados. Desse modo, muitas pessoas que eram desconsideradas, que ninguém escutava ou prestava a devida atenção, passaram a ser, pouco a pouco, consideradas e ouvidas. Dentre essas conquistas, podemos destacar os direitos que as sociedades alcançaram para as crianças, as mulheres, as minorias raciais, as pessoas que sofrem de alguma deficiência física, dentre muitos outros grupos humanos que, por muito tempo, foram vistos como seres inferiores e sem direitos.

Assim, a reflexão ética possibilitou que muitos direitos fossem conquistados e que muitas das certezas que antes faziam parte do senso comum, felizmente, pudessem cair por terra. Porém, ainda existem muitas pessoas que parecem estar à margem dos direitos e, por essa razão, temos muitos desafios que devem ser enfrentados e muitas certezas a serem removidas. E essa é uma tarefa coletiva e institucional, no sentido de que cabe às diversas instituições políticas, educativas, legislativas, bem como aos serviços de saúde e aos diversos espaços de assistência a luta por esses direitos. Mas, por sua vez, é uma tarefa que somente pode ser realizada se tomada como uma questão individual, se transformada em um projeto de cada uma das pessoas que faz parte dessas instituições.

A ética nos obriga a questionar se a ação que pretendemos realizar visa exclusivamente lucro, prestígio ou poder, ou se, ao contrário, é capaz de integrar todos os envolvidos de modo solidário, respeitando a autonomia e a capacidade de decisão de cada um dos indivíduos que são, direta ou indiretamente, afetados por essa ação. A avaliação das consequências morais de nossas ações exige um reconhecimento do outro como um sujeito autônomo, capaz de decisão e de reflexão, um sujeito que não pode ser utilizado de maneira instrumental para a conquista de meus objetivos de lucro, poder ou prestígio.

Afirmações autoritárias e irreflexivas, que por séculos perpetuaram exclusões de gênero, de raça e de classe, pouco a pouco, passaram a ser questionadas e integradas a debates jurídicos sobre direitos e deveres. Hoje são poucos os que ainda aceitam e toleram afirmações como: “os homens são mais inteligentes que as mulheres”, “as desigualdades sociais existem porque certos grupos não gostam de

trabalhar”, “os professores podem agir de modo autoritário com os alunos porque eles têm um poder conquistado por seu saber”, “o médico nunca se engana e o usuário deve obedecer cegamente às suas prescrições”, “os usuários são como crianças, incapazes de refletir sobre seu próprio corpo e sobre sua saúde”, “os usuários devem aceitar e cumprir todas as prescrições e mostrar absoluta adesão ao tratamento prescrito”, dentre muitas outras certezas que, hoje, são absolutamente insustentáveis em espaços democráticos.

Os preconceitos que perpassam o senso comum devem ser cuidadosa e seriamente desmontados para que possamos ter sociedades mais solidárias e justas, para que possamos estabelecer, com os outros, vínculos menos impositivos e mais dignificantes. O professor, que imagina que o aluno deve simplesmente aceitar o que ele manda e que nada tem para aprender com seus alunos, acaba por limitar tanto as possibilidades criativas do estudante, quanto as potencialidades que esse vínculo pode representar para seu enriquecimento como professor e como indivíduo. E, algo semelhante ocorre com o profissional de saúde que acha que somente ele deve impor e nunca escutar. Perde-se ali a dimensão da troca entre indivíduos, as experiências compartilhadas, a diversidade de vozes, a pluralidade, que formam o material a partir do qual nos constituímos como indivíduos éticos.

A ética não é uma soma de regras; não é possível montar um catálogo de ética (por essa razão se afirma que os códigos deontológicos não são verdadeiros códigos de ética, mas normas de exercício profissional). Alguém poderia argumentar: “então, se ela não diz como devemos agir, se ela não marca caminhos, parece que é completamente inútil”. Ao contrário, o que a ética permite é criar um espaço de diálogo com outras pessoas (pode ser um filósofo como Aristóteles, que nasceu no século V a.C., quando lemos seus textos, ou pode ser seu melhor amigo), que nos auxilie a pensar sobre como podemos fazer para construir nossas vidas do melhor modo possível. A ética é sempre uma decisão individual, cabe a cada um decidir qual deve ser considerada a melhor escolha e o melhor caminho a ser seguido.



## Links

O vídeo indicado, a seguir, ressalta que a ética está ligada à liberdade e ao uso que fazemos dela. É a busca, por meio da razão, por uma boa vida. Assista a ele acessando o endereço:

<http://www.youtube.com/watch?v=03UNOQDIOPE&feature=related>

Para que essa tarefa possa ser realizada, devemos tentar, como já foi dito, libertar-nos dos pré-conceitos e assumir alguns compromissos. O primeiro e o mais universal desses compromissos é o que Kant definiu como o imperativo categórico.



### Links

Confira mais informações sobre esse tema acessando o endereço:

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Immanuel\\_Kant](http://pt.wikipedia.org/wiki/Immanuel_Kant)

O imperativo categórico é a única norma, a única regra moral que se impõe a todos, e se define assim: “deves tratar aos outros sempre como um fim em si mesmo e nunca como um meio para conquistar teus próprios fins”. Isto é, deves tratar aos outros como pessoas (com valor e dignidade) e não como coisas (que têm um preço, que podem ser compradas e vendidas no mercado). Isso significa que os vínculos entre os humanos precisam supor um ponto de partida iniludível: que cada um seja tratado como um sujeito autônomo, capaz de decidir sobre o melhor modo de agir para levar uma boa vida.



### Reflexão

Você pode estar se perguntando: e se uma pessoa gosta de humilhar os outros? Se gosta de ser autoritário e impositivo? Se decide que quer ver os outros sofrendo? O que ocorre com a ética?

Bem, é aí que devem aparecer as leis, os direitos e os deveres, pois a ética nada pode fazer para aqueles que são refratários a ela.

Os filósofos, como Sêneca ou Aristóteles, diriam que as pessoas que pensam assim estão condenadas ao desprestígio e à solidão, porque elas não poderão estabelecer vínculos realmente humanos com os outros seres humanos. Elas estão condenadas a mandar e obedecer e, por essa razão, se movem no território da violência e da competição. A ética, pelo contrário, nos coloca em um mundo de troca entre iguais, onde não existe lugar para ordens ou humilhações, e supõe a reciprocidade, conquistada nas relações de amizade.

A ética somente é possível entre sujeitos que se reconhecem como iguais. Por isso, o vínculo ético fundamental é a relação de amizade, na qual duas pessoas decidem respeitar-se, não mentir, não fazer uso instrumental do outro. O vínculo de amizade está fundado na reciprocidade, na confiança e na solidariedade, que são os eixos articuladores da ética.

Existem múltiplos autores e perspectivas éticas, como, por exemplo, os consequentialistas, os nominalistas, os altruístas.



#### Links

O vídeo, que indicamos a seguir, nos dá uma noção dessas diferentes perspectivas éticas. Acompanhe: <http://www.youtube.com/watch?v=oFtjZ7b4NNG>

Apesar dessa “divisão didática” em perspectivas éticas, todos os autores, desde Aristóteles até John Rawls, chamam a atenção para a importância de estabelecer vínculos solidários e não impositivos com os outros, seja em nosso cotidiano, com nossos próximos e com aqueles sujeitos anônimos, que passam por nossa vida pessoal ou profissional.



#### Links

Leia mais sobre esses dois autores e veja outras informações. Sobre Aristóteles, acesse o endereço: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Arist%C3%B3teles>. E sobre John Rawls siga para: [http://pt.wikipedia.org/wiki/John\\_Rawls](http://pt.wikipedia.org/wiki/John_Rawls)

## Falando em gestão

A ética fundamenta as decisões que se consolidam em diretrizes ideológicas e, conseqüentemente, em práticas nos serviços, nas instituições. Mas veja: as diretrizes e práticas estabelecidas nessas instituições não são fruto de geração espontânea, são fruto das decisões humanas – das pessoas que tiveram ou têm influência mais direta na tomada de decisões naquele âmbito. São, portanto, resultado de posturas éticas de pessoas que, assim como os diferentes filósofos, têm diferentes entendimentos do que é ético na organização de um serviço. Considerar todos iguais em direitos sobre os serviços (a universalidade do SUS); perceber que todos são merecedores de atenção e respeito sobre o conjunto de suas necessidades, cultura, anseios e interações sociais (a atenção integral); ou, ainda, dispensar maior atenção e cuidado se a pessoa estiver em condição de vulnerabilidade ou tendo necessidades particularmente diferenciadas (a equidade no SUS); tudo isso não é algo tão fácil de reconhecer nas atitudes de muitos profissionais de saúde, de alguns dirigentes e mesmo, claramente expostas, nas diretrizes organizacionais de muitas instituições.

Da mesma maneira, destaca-se, como indicativo de uma gestão ética, o reconhecimento do coletivo como uma forma especial de gerenciar, em que: os colegas de trabalho como atores tão importantes quanto o sujeito “gestor” para o processo de trabalho, e os usuários como cidadãos – ou seja, fundamentar a ética nas relações humanas. Agindo diferentemente disso, não é possível aplicar princípios como o do planejamento estratégico participativo e tudo o que vimos até agora sobre o processo de gestão esperado para o Sistema Único de Saúde.

Você já parou para analisar a missão, os valores, os compromissos explícitos nos documentos da instituição (ou do departamento, do setor, da unidade) em que você trabalha?

No Ambiente Virtual, você encontrará o seu Bloco de Notas. Registre nele o texto desses documentos que explicitam as diretrizes gerais da instituição, faça, e, igualmente, registre, a análise sobre os comportamentos éticos firmados nesses enunciados (como a missão, a visão e os valores).

Estudiosos da ética, como espaço de reflexão, têm se debruçado sobre questões práticas, e isso se denomina ética prática. Nesse campo, múltiplas contribuições foram feitas nos últimos 20 anos sobre uma dimensão muito particular da ética prática: aquela que se ocupa das questões vinculadas com a vida e com a saúde. Esse campo do saber,



que conta com publicações de prestígio, inserção institucional em hospitais e centros de saúde, desenvolvimento de pesquisas divulgadas em congressos e encontros nacionais e internacionais, denomina-se bioética, e é sobre ela que vamos expor um pouco mais, a seguir.

## Lição 2 – Bioética: principais conceitos e história

Ao acompanhar o conteúdo desta lição, você estudará sobre o surgimento e a importância da bioética, relacionando-a com suas atividades profissionais.



### Link

Imagine as situações (reportagem do BBC Brasil, *on-line*, 2008 e reportagem do G1 Mundo, *on-line*, 2013) apresentadas nos endereços indicados a seguir, ressaltando o direito de morte para pessoas que possuem doenças incuráveis. Acompanhe:

[http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080313\\_francaeutanasia\\_df\\_ba.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2008/03/080313_francaeutanasia_df_ba.shtml)

<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/04/justica-irlandesa-rejeita-eutanasia-para-doente-terminal.html>

A situação de Chantal Sébire e de Marie Fleming, personagens das reportagens, é bastante complexa e deve ser discutida. E um campo de saber que norteia esse debate é a bioética, embora ela não se preocupe apenas com as situações chamadas limites, como os casos apresentados nas reportagens (eutanásia), ou aborto. Todos os conflitos cotidianos podem ser olhados por meio de referenciais da bioética. E quando pensamos em conflitos, estamos falando de oposições, tensões entre condições humanas.

Alguns dilemas ou tensões são constantes no dia a dia. Quem nunca se deparou com uma criança febril, cuja mãe procura um medicamento para febre na farmácia de uma unidade de saúde, porém sem o receituário médico? Ou, quando chega com o receituário, o nome do medicamento está descrito pelo nome comercial e não pela Denominação Comum Brasileira?



## Reflexão

Nesses casos, devemos favorecer o acesso ao medicamento ou às normas e legislações impostas para os serviços de saúde no SUS? O que fazer quando uma pessoa busca informações, vai de um lado para o outro no serviço e não consegue resolver seu problema?

Dessa forma, podemos dizer que a bioética se preocupa com todas as situações de vida relacionadas com tensões e que pressupõem escolhas morais. A proposta de mediação desses conflitos, sugerida pela bioética, é caracterizada pelo espírito não normativo, não imperativo e por sua posição de respeito às diferenças e ao pluralismo moral. Não é simples aceitar que existam diversas escolhas morais determinadas por diferenças culturais ou sociais, mas a bioética nos apresenta o desafio de tentar lidar, do melhor modo possível, com essa diversidade, que faz parte da condição humana.

Em outras palavras, quando se fala em bioética, está se falando também em tolerância (DINIZ; GUILHEM, 2002).

O marco histórico da bioética, geralmente citado por vários estudiosos, é a publicação da obra *Bioética: uma ponte para o futuro*, de Van Rensselaer Potter, em 1971. Para Potter, a bioética deveria ser uma disciplina capaz de acompanhar o desenvolvimento científico, com uma vigilância ética que estaria isenta de valores morais. Essa proposta de associar biologia e ética ainda se mantém hoje na bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Mas, vamos ver que a história da bioética tem início antes e, nesta lição, destacaremos alguns acontecimentos que contribuíram para o surgimento dela, principalmente relacionados a situações de pesquisas com seres humanos.



## Link

Para uma análise mais detalhada dessa história, recomendamos a página do Projeto Ghente. <http://www.ghente.org/>.

Em 1960, foi criado um comitê de seleção de diálise, o *Seattle Artificial Kidney Center*, que era responsável pela seleção, dentre pacientes renais crônicos, daqueles que fariam parte de um novo programa de hemodiálise. Esse programa contava com uma nova tecnologia de hemodiálise, o *shunt* artério-venoso, possibilitando o tratamento de doentes com falência renal. Apesar de representar uma possibilidade de tratamento, havia alguns problemas: o *Seattle Artificial Kidney Center* tinha apenas nove leitos (ou seja, o número de pacientes era superior à capacidade do programa); a diálise “tradicional” era ainda um tratamento raro nos Estados Unidos (o que fez com que a nova terapia fosse bastante procurada); a nova hemodiálise apresentava alto custo e as empresas de seguro saúde não concordavam em pagar por tratamentos experimentais.

Para tentar contornar esses problemas, foi criado, então, um comitê, composto por sete pessoas de diferentes formações, porém essencialmente leigas na área médica. Os casos eram analisados individualmente, levando-se em conta somente critérios sociais, tais como sexo, idade, situação conjugal, dependentes, escolaridade, ocupação, perspectivas para o futuro. Dessa forma, esse comitê tinha o poder de decidir quem sobreviveria ou não, quem teria direito ao tratamento e quem não teria. E por essa razão, também observamos que foram feitas escolhas que privilegiaram determinados grupos mais socialmente aceitos, em detrimento de outros grupos, geralmente marginalizados.



### Reflexão

Pensando em tudo que discutimos até então, faz-se necessário questionar os critérios utilizados: será que a posição social deve interferir na seleção de usuários para determinados tratamentos? Pessoas casadas, que frequentam a igreja, que têm filhos, emprego, bom salário e que colaborem com ações comunitárias possuem mais direitos do que as demais? Será que essa é uma boa maneira de lidar com os problemas descritos anteriormente? Essa é uma forma justa de decidir quem pode e quem não pode receber determinado tratamento?

Esses critérios sociais, muitas vezes, refletiam os preconceitos e as ideias do senso comum, validando e até aumentando as injustiças e iniquidades sociais. Além disso, a decisão de salvar vidas (ou então, a decisão sobre quem deveria ser beneficiado pelo tratamento) deixou de ficar com o médico e passou para um comitê de leigos, o que abalou a confiança na relação médico/paciente (BRAZ *et al.*, 2013).

Esse comitê de decisão funcionou por, aproximadamente, 10 anos e esteve em atividade até 1971, criando, nesse período, situações altamente injustas.



### Ambiente Virtual

Outras situações semelhantes são descritas nos relatos de Henry Beecher e no caso do primeiro transplante de coração, no texto *Alguns acontecimentos na história da bioética*, disponível na Biblioteca. Confira!

Juntamente com a evolução tecnológica da medicina vieram novos desafios, tais como a definição de morte cerebral; a escolha de critérios para a seleção de pessoas que receberão determinados tratamentos; a priorização, em razão dos custos, do tratamento de algumas condições patológicas em detrimento de outras; o desenvolvimento de pesquisas clínicas; dentre outros, com os quais as associações médicas não conseguiam lidar. A medicina da época seguia diretivas mínimas, como *primum non nocere* (pelo menos não lesar) e *salus aegroti suprema lex* (o bem-estar do paciente em primeiro lugar). Dessa forma, conforme afirma Heck (2005), a bioética nasceu ao mesmo tempo em que a ética médica tradicional, restrita à normatização da profissão médica, começou a entrar em crise, e se descobriu despreparada para enfrentar as mudanças tecnológicas que estavam ocorrendo no âmbito das ciências biológicas.

Além dessas mudanças tecnológicas e médicas, os anos de 1960 foram marcados pela luta de direitos civis, reforçando movimentos sociais organizados, tais como o feminismo, o movimento negro, *hippie* etc. Diniz e Guilhem (2002) relataram que esses movimentos promoveram discussões sobre temas tangentes à ética normativa e aplicada, revelando questões relativas à diversidade de opiniões, ao respeito pela diferença e ao pluralismo moral.

A bioética surgiu, então, como um espaço a partir do qual passam a ser garantidos os interesses de grupos e indivíduos em condições de vulnerabilidade social, tema totalmente novo até aquele momento. Para Diniz e Guilhem (2002), um dos principais elementos que causou essa mudança foi a formação de um discurso crítico em relação à pesquisa científica. Pela primeira vez, parece ficar em evidência para o grande público que, como já apresentamos no apartado anterior, o discurso científico não é inquestionável, não é absolutamente neutro e isento de valores, nem está apenas a serviço da humanidade.

Pensando sobre o termo “vulnerabilidade social”, vem à tona a ideia de fragilidade, debilidade, desproteção, abandono, exclusão. Em bioética, uma situação de vulnerabilidade social pode ser definida como aquela em que as condições de vida, historicamente determinadas, interferem na autodeterminação dos sujeitos em relação à sua participação em pesquisas, das quais podem decorrer riscos ou potencializar já previstos, prejudicando a capacidade de defesa dos próprios interesses em relação aos benefícios visados pela pesquisa (GARRAFA; LORENZO, 2010).



### Ambiente Virtual

Confira, na Biblioteca, o texto *Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados*, que integra o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010.

Aqui, vamos pensar em alguns exemplos que caracterizam situações de vulnerabilidade social: desigualdades sociais; baixo nível de instrução das pessoas; pouco acesso a serviços de saúde; vulnerabilidade relacionada a gênero, à idade, a preconceitos raciais ou étnicos; existência de condições ambientais precárias; pessoas mentalmente afetadas, cuja capacidade de decidir encontra-se diminuída; dentre outras.

Em razão dos novos desafios advindos das novas tecnologias, da realização de estudos com seres humanos e da preocupação com a saúde dos sujeitos de pesquisa, veio a necessidade de criação de alguma forma de controle desses estudos. A Declaração de Helsinque, redigida em 1964, pela Associação Médica Mundial, é o resultado principal do esforço para possibilitar a regulamentação da investigação com seres humanos e consiste em um conjunto de princípios éticos que regem esse tipo de pesquisa. Dentre suas diretrizes, podemos destacar a importância dada ao consentimento livre e esclarecido e à afirmação de que o bem-estar dos seres humanos deve vir antes dos interesses da ciência e da sociedade.



### Link

O vídeo indicado, a seguir, fala um pouco sobre a bioética e sua importância. Acesse: <http://www.youtube.com/watch?v=y8kpsJy3W20&feature=related>

Agora que você já acompanhou o vídeo e tomou conhecimento de questões importantes sobre o assunto, complemente seu aprendizado e reflita sobre as questões vistas.



### Ambiente Virtual

A entrevista com a professora Marta Verdi trata sobre as diferentes perspectivas em bioética, observadas atualmente, no Brasil. Confira no AVEA o vídeo *Bioética e saúde coletiva e diferentes perspectivas da bioética*.

## Lição 3 – Ética, pesquisa e indústria farmacêutica

Esta lição tem como objetivo específico a reflexão a respeito das implicações éticas que podem existir na pesquisa com seres humanos, principalmente no que concerne à indústria farmacêutica.

Desde o surgimento da Declaração de Helsinque, nos anos de 1960, vemos que a ética na pesquisa clínica com seres humanos vem sofrendo avanços e retrocessos. Por um lado, temos os interesses econômicos ditando regras e, por outro, instituições envolvidas com os direitos e o bem-estar dos sujeitos de pesquisa. Nesse embate, nem sempre direto e nem sempre perceptível, e apesar dos avanços adquiridos nas últimas décadas, a indústria vem ganhando espaço e os interesses econômicos, muitas vezes, acabam prevalecendo. Esse será o tema de discussão a seguir, sobre o qual, primeiramente, traçaremos um panorama das mudanças ocorridas na Declaração de Helsinque para, depois, falarmos mais especificamente da indústria farmacêutica e dos métodos de garantia de mercado desta.



### Saiba Mais

Essa questão pode ser bem observada no filme *O Jardineiro Fiel*, de Fernando Meirelles, baseado no livro homônimo de John Le Carré, quando apresenta uma situação de abuso em pesquisas clínicas com seres humanos, que pode ser ilustrativa para analisar a relação dos laboratórios farmacêuticos com os pacientes pobres dos países do terceiro mundo (no caso, a África).

## Ética e pesquisa com seres humanos

A Declaração de Helsinque (1964) representa um grande avanço dentro da ética em pesquisa e bioética. Antes dela, havia apenas o Código de Nuremberg, criado em 1947, para nortear a ética em pesquisa e controlar os abusos ocorridos em estudos clínicos, porém esse código não era revestido de poder legal.



### Link

Para mais detalhes sobre o Código de Nuremberg, sugerimos leitura do texto disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo\\_de\\_Nuremberg](http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_de_Nuremberg)

Foram realizadas, desde sua criação, seis revisões na Declaração de Helsinque, sendo que a última foi em 2008 e é considerada, por muitos autores, um retrocesso, ao estabelecer a possibilidade de estudos duplo *standard* para pesquisas clínicas.



### Link

A Declaração de 1964 e demais revisões (até a número V) podem ser acessadas no *link* <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin1.htm>

Antes de entrar no tema do duplo *standard*, é importante termos uma ideia do conteúdo da declaração de uma forma geral. Alguns dos princípios básicos da Declaração de Helsinque incluem:

- os projetos de pesquisa devem ser submetidos a comitês independentes do pesquisador e do patrocinador;
- os interesses dos sujeitos de pesquisa devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade;
- precauções devem ser tomadas para respeitar a privacidade dos sujeitos da pesquisa e minimizar qualquer dano que a pesquisa possa trazer a eles;
- os pesquisadores devem interromper a pesquisa quando os riscos forem maiores que os possíveis benefícios;
- todo pesquisador deve fornecer informações sobre sua pesquisa e obter o consentimento informado dos participantes.

Uma característica importante, que constava na Declaração de Helsinque até 2008, era a garantia do melhor método existente de diagnóstico e terapia para cada usuário (incluído aí o grupo controle do estudo, se houver). O duplo *standard* está relacionado a essa garantia, que passou a ser a exigência do melhor método de diagnóstico e de terapêutica disponível no lugar onde a pesquisa é desenvolvida (GARRAFA; LORENZO, 2010). A normativa do duplo *standard* permitiu a existência de tratamentos diferenciados, dependendo do local da pesquisa, regulamentando as disparidades já existentes entre países ricos e pobres, em relação às terapêuticas de referência para as pesquisas clínicas.

Essa situação pode ser observada no filme *O Jardineiro Fiel*, anteriormente apresentado.

Os argumentos a favor dessa mudança não veem desvio ético ao utilizar, por exemplo, placebo nos ensaios clínicos em países pobres, mesmo que existam métodos eficazes, nos países ricos, para tratar as condições em teste. Nesse caso, dizem seus defensores, estaria sendo oferecida uma oportunidade de tratamento para essas pessoas e, além disso, estariam sendo oferecidos benefícios secundários, tais como assistência médica, fornecimento de equipamentos e formação de recursos humanos (GARRAFA; LORENZO, 2010). Um



caso semelhante de uso indevido de placebo ocorreu entre os anos de 1998 e 2000, em um estudo, realizado em 16 países da África, sobre a transmissão vertical de HIV de mãe para filho.



## Ambiente Virtual

Para uma apresentação detalhada desse caso, leia o artigo da professora Sandra Caponi (2004), *A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos*. Ele está disponível na Biblioteca.

Para os autores Garrafa e Lorenzo (2010), primeiramente, a falta de acesso a medicamentos é resultado de desigualdades sociais e não é algo natural. Assim, o não acesso não pode e não deve ser considerado como um padrão local que legitime o não tratamento, justificando a redução de proteção à integridade física e ao acesso a benefícios para os sujeitos de pesquisa clínica, que são, ao mesmo tempo, usuários necessitados de atenção médica. Além disso, a falta de acesso dos países pobres a certos medicamentos pode estar relacionada aos altos preços praticados pelas empresas e à defesa de suas patentes. Avançando um pouco mais, é possível pensar que a aceitação do duplo *standard* constitui, na verdade, mais um estímulo para que as indústrias de medicamentos mantenham o baixo custo das pesquisas, possibilitando maiores lucros.

## Ética e indústria farmacêutica

Muito se fala hoje na gigante e colossal indústria farmacêutica, que lucra milhões de dólares por ano, e das estratégias de *marketing* e de promoção de medicamentos que ela adota. Aqui poderemos pensar um pouco sobre o surgimento dessa indústria e o que há por trás desse imenso montante de dinheiro.

As primeiras drogarias, as chamadas boticas ou apotecas, de que se têm notícias são do período da Idade Média e, até meados do século XIX, a produção de medicamentos era artesanal. Os medicamentos eram confeccionados com matérias-primas de origem vegetal ou animal. Os boticários eram responsáveis por conhecer e curar doenças e tinham alguns requisitos a seguir, tais como manter local e equipamentos adequados para a confecção e o armazenamento dos medicamentos.

No século XVI, a pesquisa de princípios ativos de plantas, animais e minerais que seriam capazes de curar doenças ganhou força,

impulsionando estudos e pesquisas na área farmacêutica. A partir do século XIX, as boticas da Europa e América do Norte se tornaram companhias farmacêuticas (indústrias de medicamentos) ou drogarias. Algumas das grandes indústrias farmacêuticas atuais nasceram nesse período.

Nas décadas de 1920 e 1930, ocorreu um grande marco na produção de medicamentos, em razão da descoberta da insulina e da penicilina, que passaram a ser manufaturadas e distribuídas em massa. A indústria farmacêutica alavancou, na década de 1950, devido ao desenvolvimento de estudos científicos sistemáticos, de biologia humana e de técnicas manufatureiras mais sofisticadas. Muitos novos medicamentos surgiram nessa época e foram produzidos em larga escala nos anos de 1960, tais como o primeiro contraceptivo oral, cortisona, medicamentos para hipertensão e outros medicamentos para o coração, inibidores da monoaminoxidase (MAO), clorpromazina, haloperidol e diazepam, só para citar alguns.

A partir de então, a indústria de medicamentos só cresce, com rendimentos incomparáveis. Produzir medicamentos se tornou uma atividade bastante lucrativa, principalmente depois de 1980. Até meados de 1980, as vendas de medicamentos sob prescrição médica, nos Estados Unidos, eram estacionárias, porém, entre 1980 até 2000, elas triplicaram. Em 2002, essas vendas chegaram a US\$ 200 bilhões (ANGELL, 2007).

Mas, vamos deixar um pouco de lado esses números assombrosos e discutir alguns fatores que podem auxiliar para que esse valor de venda seja mantido pela indústria. Alguns deles são mais visíveis e bastante conhecidos, como propaganda direta de medicamentos ao consumidor, promoção de medicamentos aos profissionais de saúde por meio de representantes dos laboratórios e financiamento de congressos. Outros são mais sutis e é a esses que, neste texto, vamos voltar nosso olhar com mais atenção.

Um desses fatores é o aumento do número de doenças diagnosticáveis. Só na área de saúde mental, por exemplo, em 40 anos, o número de diagnósticos quase triplicou. Em 1952, ano de publicação da primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), havia 106 diagnósticos de doenças mentais descritos.



## Link

Saiba mais informações sobre o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), edições 1 a 4, acessando o endereço:

[http://pt.wikipedia.org/wiki/Manual\\_Diagnóstico\\_e\\_Estatístico\\_de\\_Transtornos\\_Mentais](http://pt.wikipedia.org/wiki/Manual_Diagnóstico_e_Estatístico_de_Transtornos_Mentais)

Para informações sobre a quinta edição (DSM-5), publicada em maio de 2013, você pode consultar: <http://pt.wikipedia.org/wiki/DSM-5>

Já em 1994, na quarta edição do DSM, esse número estava em 297. Segundo Jörg Blech (2005), uma das causas do crescimento das indústrias farmacêuticas nos últimos anos é o tratamento cada vez maior de pessoas que, na realidade, não estão doentes. Para o autor, os grupos farmacêuticos e as associações médicas redefinem o que é saúde e, dessa forma, muitas situações de vida e comportamentos normais são enquadrados, sistematicamente, como estados patológicos. De acordo com Blech, as indústrias farmacêuticas patrocinam a invenção de quadros clínicos, resultando em novos consumidores para seus produtos.

Ainda no exemplo da saúde mental, o recém-lançado DSM-5 vem sofrendo duras críticas, em razão, principalmente, de dois motivos: (1) envolvimento dos membros responsáveis pela sua organização com a indústria de medicamentos; e (2) critérios diagnósticos mais abrangentes. Sobre o primeiro, de acordo com Cosgrove e Krinsky (2012), em março de 2012, 69% dos membros da força-tarefa do DSM-5 possuíam relação com a indústria. Essa participação, mesmo que indireta, dos produtores de medicamentos na elaboração da quinta edição do manual significa um viés importante, considerando-se o fato de que ele é visto como uma “bíblia” para o diagnóstico em psiquiatria. O motivo (2) está relacionado com a expansão da categoria diagnóstica, que discutiremos ao longo dos próximos parágrafos.

Blech (2005) nos fornece alguns exemplos de situações que foram “inventadas”, resultando em novos compradores de medicamentos, tais como: hipertensão arterial, fobia social, *jet lag*, hipercolesterolemia, sobrepeso, menopausa, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, disfunção erétil, dentre outras. Muitas vezes, essas doenças possuem bases científicas escassas. De acordo com Angell (2007), hoje, os laboratórios farmacêuticos não anunciam medicamentos para tratar doenças, e sim doenças para conseguir utilizar seus medicamentos, ou seja, cria-se uma doença para poder utilizar um determinado medicamento. A autora descreve o exemplo da azia:

Quase todo mundo tem azia de vez em quando. O remédio costumava ser um copo de leite ou um antiácido de venda livre, para aliviar os sintomas. Mas agora a azia passou a se chamar [...] 'doença do refluxo gastroesofágico [...]' e a ser anunciada, juntamente com o medicamento para tratá-la, como um prenúncio de uma doença grave do esôfago – o que normalmente não é o caso. Resulta daí que, em 2002, o Prilosec® foi o terceiro medicamento mais vendido mundialmente [...] e seu concorrente, o Prevacid®, foi o sétimo (ANGELL, 2007, p. 102-3).

Além de novas doenças, o que ocorre, muitas vezes, é a expansão da categoria diagnóstica (ANGELL, 2007; BLECH, 2005; CONRAD, 2007). Isso significa que um diagnóstico pode ser redefinido, com critérios mais abrangentes, resultando em uma categoria capaz de englobar um número maior de pessoas. Como exemplo, podemos citar o caso da hipertensão. Até recentemente, a hipertensão era definida como pressão acima de 140 por 90 (mmHg), quando um grupo de especialistas modificou a definição da doença, e passou a reconhecer a situação chamada de pré-hipertensão, definida como pressão entre 120 por 80 (mmHg) e 140 por 90 (mmHg). Esse fato resultou em um novo grupo de consumidores de medicamentos para hipertensão, pois, apesar de se recomendarem exercícios e mudanças de hábitos nessa faixa de pressão arterial, muitas pessoas utilizam medicamentos, mesmo com a falta de provas convincentes de benefício para esse grupo (ANGELL, 2007).

Podemos pensar aqui em alguns grupos de situações que são mais facilmente medicalizadas e potencialmente tratáveis, de acordo com Blech (2005). Uma delas é a transformação de processos normais da vida em problemas médicos, como, por exemplo, a queda de cabelo. Quando se descobriu o primeiro regenerador capilar do mundo, estudos concluíram que um terço dos homens sofriam de queda de cabelo. Além disso, se afirmou que a queda de cabelo provocava pânico e problemas emocionais, além de reduzir as perspectivas de trabalho.

A segunda situação é a transformação de problemas pessoais e sociais em problemas médicos. Em neurologia, a transformação de pessoas sadias em doentes funciona bem, visto que os critérios para o diagnóstico, geralmente, são subjetivos, e são poucos os exames físicos e/ou laboratoriais que podem comprovar ou descartar alguma doença. Um exemplo é a timidez, que passou a ser chamada de fobia social, tratável com antidepressivo. E outro exemplo que podemos destacar é o do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), cujo diagnóstico pode ser recebido por crianças desatentas ou mais agitadas na escola.



## Link

O vídeo, a seguir, consiste em um episódio do desenho *Simpsons* e exemplifica esse processo em que uma criança recebe o diagnóstico de déficit de atenção e, conseqüentemente, um medicamento para tratar sua condição: <http://www.youtube.com/watch?v=gfsv9ul-mzw>

Outras situações, frequentemente, medicalizadas são os riscos. A ideia de que os fatores de risco podem e devem ser controlados e que as doenças podem ser evitadas por meio desse controle está bastante em voga: “fumar causa câncer”, “comer carne vermelha causa problemas cardíacos”, dentre outras frases, se tornaram bastante comuns no dia a dia e muitos controles passam por tratamentos com medicamentos. Um exemplo é o colesterol: colesterol alto é fator de risco para doenças cardiovasculares. Porém, o limiar do que são considerados altos níveis de colesterol diminuiu nos últimos anos, ou seja, o número de consumidores de estatinas aumentou.



## Ambiente Virtual

Para aprofundar essa questão sobre os riscos, recomendamos a leitura do texto de Luis David Castiel, intitulado *Identities sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea*, publicado na Revista Internacional Interdisciplinar, INTERthesis. Trata-se de um ensaio que discute a questão da identidade dos jovens brasileiros em relação aos riscos na nossa cultura contemporânea.

Ainda sobre o tema, outro texto do mesmo autor, Luis David Castiel, pode ser acessado no AVEA. Esse material integra, também, o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010, citado anteriormente no conteúdo desta unidade. O título do capítulo é *Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada*.

Accesse os textos disponíveis na Biblioteca.

Também vem se tornando comum a transformação de sintomas pouco frequentes em epidemias de larga proporção, como o exemplo da disfunção erétil: desde a introdução do Viagra® no mercado, o número de homens com impotência aumentou. Alguns estudos afirmam que, aproximadamente, 50% dos homens entre 40 e 70 anos sofrem de disfunção erétil.

Por fim, outra situação que destacamos é a transformação de sintomas leves em indícios de doenças mais graves.

Blech (2005) exemplifica esse fato por meio da síndrome do intestino irritável. Essa doença é caracterizada por muitos sintomas que todas as pessoas já experimentaram em algum momento de sua vida, tais como dores, diarreias e flatulências, alternadas com períodos assintomáticos. Para o autor, entre 60% e 70% da população sofre de um ou mais desses sintomas, de modo que se poderia dizer que é anormal estar totalmente livre de todos eles. Por muito tempo essa doença foi considerada leve, relacionada a doenças psicossomáticas. Com o surgimento, nos Estados Unidos, de um medicamento para tratá-la, o alosetron, o objetivo foi expandir o mercado, por meio da difusão de informação, afirmando que a doença era frequente, significativa e independente. Em 2000, o alosetron foi retirado do mercado americano, retornando em 2002, porém com restrições.

Por meio desses exemplos, é possível perceber que, frequentemente, ocorre manipulação de informações por parte dos produtores de medicamentos, com o objetivo de fazer com que seus produtos pareçam os mais eficazes e seguros possíveis. De maneira geral, a indústria farmacêutica participa de todas as etapas de estudos dos novos medicamentos, desde o planejamento até a discussão de seus resultados. O envolvimento da indústria nesses estudos nos faz refletir sobre suas tendenciosidades. Para Angell (2007), “os pesquisadores não controlam mais os ensaios clínicos; os patrocinadores os controlam” (p. 117).

Uma questão importante para considerarmos está relacionada a essas doenças que descrevíamos anteriormente, as doenças “inventadas” e as “expandidas”. É possível notar que, geralmente, são consideradas doenças crônicas e facilmente comercializáveis em países desenvolvidos.

Enquanto novos tratamentos são criados para doenças inventadas, milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência de doenças tropicais infecciosas, típicas de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Essas são as chamadas “doenças negligenciadas” que, só em 1999, mataram cerca de 14 milhões de pessoas no mundo. Dentre as causas dos altos índices de mortalidade, destaca-se a falta de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para o tratamento de doenças que atingem a população excluída dos bens de consumo, tais como leishmaniose, tuberculose, malária e Doença de Chagas (MACIEL, 2010).



### Ambiente Virtual

Para aprofundar essas questões, sugerimos leitura do estudo de Ethel Maciel, que integra o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010. O título do texto, que está disponível na Biblioteca, é *Doenças Negligenciadas: nova agenda para velhas doenças*.

Para termos uma ideia, Barros (2008) estima que um terço da população mundial seja portador do bacilo da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que, desses, entre 5% e 10% desenvolvem a doença. Só em 2005, 1,6 milhão de pessoas morreram de tuberculose e 9 milhões foram infectadas. Desses 9 milhões, aproximadamente metade viviam em seis países pobres (Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Paquistão e Filipinas).

Apesar disso, de acordo com Maciel (2010), apenas 10% das pesquisas em saúde, realizadas no mundo, são dedicadas às condições que correspondem a 90% da carga global de doenças. Além disso, há poucos financiamentos buscando investigações sobre essas doenças.

As doenças negligenciadas despertam pouco interesse para a indústria farmacêutica, principal fonte de estudos sobre medicamentos no mundo, pois o retorno financeiro não seria tão grande.

Uma grande fonte de crescimento econômico para as indústrias de medicamentos, por sua vez, são aqueles que Angell (2007) denomina “medicamentos de imitação”. Os medicamentos de imitação têm qualidades terapêuticas semelhantes às de algum medicamento já comercializado, ou a mais de um. Em outras palavras, são medicamentos lançados no mercado como novas moléculas, porém

não podem ser considerados inovadores, e não demonstraram superioridade aos medicamentos já existentes.

Entre 1998 e 2002, foram aprovados pelo *Food and Drug Administration* (FDA) 415 novos fármacos, dos quais apenas 14% foram considerados medicamentos inovadores. Outros 9% foram considerados aperfeiçoamentos significativos de fármacos já comercializados. E os demais 77% foram classificados pelo FDA como sendo do mesmo nível de outros medicamentos já disponíveis no mercado para tratar a mesma condição, ou seja, eram medicamentos de imitação (ANGELL, 2007).

Angell (2007) aponta, como exemplo bastante representativo do que seria um medicamento de imitação, o Nexium® (esomeprazol). O esomeprazol é um fármaco inibidor da bomba de prótons, indicado no tratamento da azia. Foi lançado no mercado em 2001, quando ia expirar a patente do Prilosec® (omeprazol), também inibidor da bomba de prótons e indicado no tratamento da azia. O Prilosec® era o campeão de vendas do laboratório produtor, o mesmo que fabricou o Nexium®. A perda da patente do Prilosec® resultaria em grande perda financeira para a indústria, que, com ele, faturava cerca de seis bilhões de dólares por ano. Para não perder muito, a estratégia do laboratório foi desenvolver uma “nova” molécula. O omeprazol é composto de uma mistura de duas formas (isômeros) de sua molécula, uma ativa e outra supostamente inativa. O laboratório isolou a forma ativa e a transformou em um novo medicamento, o esomeprazol, anunciando-o como um avanço em relação ao omeprazol. Essa ideia foi aceita de imediato, e quem receitava Prilosec® rapidamente passou a receitar o Nexium®.

Para ser aprovado para o tratamento de determinadas condições, o medicamento deve passar por ensaios clínicos, e com o Nexium® não foi diferente. De quatro estudos que compararam o Nexium® com o Prilosec®, o Nexium® apareceu como superior em dois deles. Investigando mais a fundo, é possível perceber a estratégia do laboratório, que comparou os dois medicamentos com doses não equivalentes, utilizando doses maiores de Nexium®.



### Reflexão

Mas, o que garante o sucesso de um medicamento de imitação?

Primeiramente, o mercado precisa ser grande para conseguir acomodar todos os medicamentos concorrentes e, por isso, geralmente os



medicamentos de imitação são desenvolvidos para tratar doenças crônicas. Pessoas com doenças raras não são interessantes, pois o mercado é pequeno, e nem pessoas com infecções agudas, com condições passageiras interessam, pois geralmente o tempo de tratamento é curto. E doenças letais também não são interessantes, pois elas matam os clientes e esses medicamentos não se tornam campeões de venda. Outro fator é que o mercado precisa ser composto de clientes pagantes e precisa ser altamente elástico para se expandir, como já discutimos anteriormente.



### Reflexão

Angell (2007) nos coloca algumas questões: o que há de errado com isso? Se esse processo significa que mais pessoas vão receber medicamentos não há um benefício? Não deveríamos estar mais preocupados com o resultado do que com o processo?

Angell responde a suas próprias perguntas questionando os benefícios de se tomar tantos medicamentos: “[...] devemos perguntar se o público realmente se beneficia tomando tantos medicamentos. Na minha opinião, nós nos tornamos uma sociedade hipermedicada” (ANGELL, 2007, p. 184). A autora não nega o papel vital dos bons medicamentos, pois graças a eles muitas pessoas vivem mais e melhor. Entretanto, devem ser prescritos cuidadosamente e somente quando necessários, e a decisão do prescritor deve ser baseada em pesquisa e informação verdadeiras.



### Reflexão

Podemos nos perguntar: por que é um problema esse grande consumo de medicamentos?

Medicamentos não são substâncias inertes, que não causam nenhum malefício à saúde. Ao contrário, podem, em muitos casos, causar danos aos indivíduos que os utilizam e também à sociedade de modo geral, como no caso dos antibióticos, cujo uso indiscriminado possibilita o surgimento de micro-organismos cada vez mais resistentes, além de exigir a busca por medicamentos cada vez mais potentes para combatê-los.

Um dos casos mais clássicos de dano causado por um medicamento foi o da talidomida. A talidomida foi comercializada pela primeira vez em 1957, na Alemanha. Inicialmente, era indicada como um fármaco sedativo e hipnótico, com poucos efeitos adversos. Era considerada tão segura que chegou a ser prescrita para gestantes, no combate aos enjoos matinais. Foi rapidamente difundida pelo mundo, chegando a ser comercializada em 46 países. No final da década de 1950, foram descritos os primeiros casos de bebês com malformações congênitas. Essas crianças foram chamadas de “bebês da talidomida” ou “geração talidomida”. Só depois de muitas crianças atingidas é que se restringiu o uso da talidomida a mulheres grávidas.

Outro exemplo, mais atual, que podemos pensar é o do Vioxx® (rofecoxibe), um anti-inflamatório não esteroidal, indicado para o tratamento de osteoartrite, dor aguda e dismenorreia. Aprovado pelo FDA em 1999, foi largamente aceito entre médicos e usuários com artrite e outras condições inflamatórias crônicas e/ou agudas. Em 2004, o laboratório produtor retirou voluntariamente o medicamento do mercado, alegando aumento do risco de ataques cardíacos e derrames associados a seu uso a longo prazo e em altas doses. Antes de sua retirada, foi um dos medicamentos mais lucrativos para o laboratório produtor.



### Reflexão

Finalizando essa parte da lição e pensando em todas as considerações feitas até aqui, gostaríamos de retornar às questões propostas na introdução, sugerindo uma reflexão mais profunda sobre elas:

- 1) A indústria farmacêutica visa exclusivamente melhorar as condições de vida e saúde das populações?
- 2) Como e de que modo os interesses do mercado podem exercer influência (direta ou indiretamente) no direcionamento das pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos?
- 3) Por que razão é exíguo ou quase nulo o investimento em novos fármacos para doenças prevalentes em países pobres?
- 4) Por quais razões (positivas e negativas) a indústria farmacêutica escolhe investir em fármacos destinados a doenças crônicas, e a privilegiar a prevenção de riscos?
- 5) Quais são as consequências de investir num mercado elástico como aquele representado pelos sofrimentos psíquicos e os comportamentos indesejados?

## Falando em gestão

Direcionando essas questões éticas para nossa reflexão sobre a gestão da assistência farmacêutica, temos uma problemática bastante complexa para analisar e enfrentar: os interesses comerciais que permeiam as decisões, os direcionamentos políticos, a condução dos programas e as atividades cotidianas da atenção à saúde e do gerenciamento dos serviços. O SUS é o grande consumidor de medicamentos e materiais médico-hospitalares no Brasil. Ter um medicamento padronizado para a atenção à saúde na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, ou em outros programas, é garantia de mercado amplo e seguro para uma indústria farmacêutica. Não é difícil concluir que há sempre grande interesse envolvido com a padronização de medicamentos no âmbito do SUS.

As estratégias aplicadas podem ser mais diretas ou indiretas, envolvendo desde a propaganda de medicamentos direcionada aos profissionais de saúde da rede e aos gestores, a oferta de prêmios ou gratificações pela prescrição ou aquisição de certos medicamentos, mas também pela publicação de resultados de pesquisa tendenciosos, a influência sobre grupos de portadores de algumas doenças e mesmo pelos investimentos no desenvolvimento de medicamentos que não atendem as reais necessidades da população, como as conteudistas Sandra e Fabíola estão nos alertando nesta unidade. Nesse cenário, é impossível não relacionar, ainda, a judicialização para acesso a medicamentos, que muitas vezes reflete essas estratégias e acaba por criar um espaço de mercado, dentro do SUS, para medicamentos não padronizados.

Podemos, então, a partir de uma reflexão sobre os nossos serviços, nossos espaços de trabalho e de gestão, questionar sobre a ética que norteia as práticas das nossas instituições. Você já identificou qual a ética explicitada nos documentos institucionais. Agora vamos pensar na prática cotidiana e como ela revela conceitos éticos. Didaticamente, podemos focar algumas questões bem delimitadas para analisar:

- A disponibilização de informações necessárias para que os usuários possam obter nos serviços o que precisam: Alguns estudos têm revelado que os usuários do SUS enfrentam verdadeiras peregrinações entre serviços de saúde e de assistência social, favores pessoais, gabinetes de gestores, promotorias e muito mais, vagando entre informações desconstruídas e manipulação de orientações que os fazem acreditar, cada vez mais, que não têm todo o direito de acesso, que são dependentes da boa vontade ou da “caridade” de profissionais ou gestores para conseguir o que necessitam (LEITE; MAFRA, 2010). E isso acontece não só para acessar medicamentos via judicial, mas também para os medicamentos dos programas regulamentados.

## Falando em gestão

- A permissão para propaganda de medicamentos nos serviços públicos: Sabe-se que a qualidade das informações contidas nas propagandas de medicamentos é comprometida, tanto na propaganda ao consumidor quanto na propaganda direcionada aos prescritores. Para estes últimos, o principal efeito é o condicionamento das prescrições, com base em informações apenas das supostas vantagens do medicamento anunciado, sem precauções, problemas, formas de monitoramento e tudo mais. Além disso, a influência está relacionada aos sistemas de brindes e vantagens (FAGUNDES *et al.*, 2007). A propaganda em ambientes de ensino também tem sido alvo de críticas contundentes, mas, assim mesmo, permanece uma prática comum e de alto risco para a saúde do SUS, uma vez que estabelece os vínculos com os profissionais ainda em formação. E nos serviços públicos? Qual a finalidade da visita médica por representantes de laboratórios? Certamente não é para incentivar a adesão às Relações de Medicamentos já padronizadas nos serviços!

- A permissão para distribuição de amostras grátis nos serviços públicos: É ainda muito comum encontrar amostras grátis de medicamentos em consultórios médicos e unidades de dispensação de medicamentos das unidades de saúde. Na maioria das vezes, essas amostras são levadas para as unidades pelos prescritores, que recebem tais amostras e as levam para os serviços com a intenção de ajudar os usuários, podendo prescrever medicamentos não disponibilizados, normalmente, no serviço e os doando diretamente ao usuário. Em outras situações, distribuidoras e indústrias farmacêuticas fazem doações para os serviços (neste caso, não só de amostras, mas também de medicamentos), podendo ser de produtos de grande valor terapêutico e importantes para o serviço, mas também de medicamentos não padronizados, supérfluos ou prejudiciais para o sistema, do ponto de vista do uso racional de medicamentos. Mas, qual é a finalidade da amostra grátis? Não outra que a propaganda de medicamentos! De fidelizar o cliente, de habituá-lo ao produto, à marca. Em um texto de 2009, discutimos a questão das doações de medicamentos e amostras para os serviços públicos de saúde, a partir da experiência real, vivida por ocasião das enchentes em Santa Catarina (LEITE, 2009), abordando a seguinte questão: no caso de amostras ou medicamentos doados que não os padronizados, qual a vantagem de tê-los no serviço? Possibilitar a prescrição e o hábito – do prescritor e do usuário – de usar um medicamento que não vai estar sempre disponível? Criar uma demanda baseada em que critérios – já que o produto não foi padronizado, seguindo os critérios do uso racional de medicamentos? Essas questões fazem parte do seu dia a dia?



## Ambiente Virtual

Acesse a Biblioteca e confira o texto *Solidariedade e caridade*, que traz uma reflexão sobre o caso dos medicamentos doados para Santa Catarina.

Agora, vamos avançar um pouco mais no processo que chamamos de **medicalização**<sup>2</sup>, relacionado a essas estratégias de criação e expansão de doenças e sua consequente **medicamentação**<sup>3</sup>, ou seja, o uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, conseqüentemente, não existiam medicamentos para elas.

## Lição 4 – O que significa medicalizar?

Nesta lição, você irá compreender o processo de medicalização, relacionando-o com a prática profissional que você vivencia.



## Reflexão

Você já observou que as pessoas estão adquirindo ou consumindo muito medicamento? Que qualquer coisa pode ser tratada por um médico? Que doenças que ninguém nunca ouviu falar surgem cada vez com mais frequência? Que situações que antes eram cuidadas pelos próprios indivíduos que as vivenciavam ou por sua família são agora olhadas por profissionais de saúde (como o parto, por exemplo)?

Esses fatos evidenciam que estamos diante de um processo que podemos chamar de medicalização.

A ideia de medicalização surgiu em 1960, com a publicação do texto *Nêmesis da medicina*, de Ivan Illich. Naquela época já se acreditava que a medicina estava ocupando espaços que não eram estritamente médicos, como, por exemplo, o nascimento e a morte. Outros autores, como Michel Foucault e Thomas Szasz, referiram-se ao avanço da medicina em territórios ambíguos, onde não existia uma ideia clara de normalidade e patologia, como era o caso específico da loucura.

**2 Medicalização:** processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos. Não se restringe ao uso de medicamentos.

**3 Medicamentação:** uso de medicamentos em situações medicalizadas, ou seja, para o tratamento de condições que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos.



Link

Leia mais sobre os autores citados.

Ivan Illich: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Ivan\\_Illich](http://pt.wikipedia.org/wiki/Ivan_Illich)

Michel Foucault: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Michel\\_Foucault](http://pt.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault)

Thomas Szasz: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas\\_Szasz](http://pt.wikipedia.org/wiki/Thomas_Szasz)

Desse modo, a psiquiatria poderia integrar, dentro de seu campo de interesse, juntamente com a loucura (cujos limites apareciam como pouco claros e pouco definidos para o saber médico), outros fatos sociais que foram considerados como indesejáveis para o correto desenvolvimento da sociedade capitalista, tais como a criminalidade, o uso de álcool, a preguiça ou a falta de vontade para realizar as tarefas do dia a dia.

Essas críticas surgiram num momento em que houve uma grande expansão da medicina, com a utilização de novos exames diagnósticos (especialmente de imagem), novas classes de medicamentos, novas técnicas e materiais cirúrgicos e novas áreas de pesquisa, como a genética, a imunologia, a virologia, entre outras. Por esse motivo, houve uma melhoria nos indicadores de saúde na maior parte dos países, tais como o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade infantil e materna.

Nas últimas décadas do século XX e na primeira década do século XXI, a medicina passou a ter uma presença cada vez maior no dia a dia da maioria das pessoas. Cada vez mais o saber médico aparece como aquele que pode dar grandes respostas para todos os nossos problemas, inclusive aqueles não vinculados diretamente ao processo saúde/doença. A medicina aparece, assim, como o grande marco de resolução de problemas, desde uma úlcera ou uma simples infecção, até as mais diversas situações de nossas vidas, como o sono, a sexualidade, o modo como nos alimentamos, as emoções mais secretas e profundas, dentre muitas outras.

Assim, ao mesmo tempo em que existe uma enorme valorização da medicina, do conhecimento científico e dos avanços tecnológicos, também aumentam as críticas a uma medicina centrada na doença, que parece ter se tornado incapaz de estabelecer um diálogo com os usuários.

Um certo reducionismo a explicações biológicas (nerológicas ou genéticas) do processo saúde/doença parece ter levado a situações em que são considerados os contextos singulares de aparição dos sofrimentos tanto psíquicos quanto físicos. Como consequência, surgem e se multiplicam outras práticas de cura e de cuidados referidos ao corpo, como as medicinas populares e alternativas, que indicam, também, um processo de resistência contra esse poder médico centrado na doença e que, muitas vezes, aparece como incapaz de escutar as demandas dos usuários.



## Reflexão

A partir de agora, vamos analisar os conceitos de medicalização, desmedicalização e remedicalização tal como aparecem na literatura contemporânea. Isso porque, nos últimos anos, proliferou uma imensa literatura que voltou a se interessar e a refletir sobre esses conceitos que, como vimos, surgiram em meados de 1960 e 1970. Após um longo período em que essas ideias pareciam ter ficado no esquecimento, hoje aparecem novos cenários onde os processos de medicalização se tornam evidentes, e é indispensável que voltemos nosso olhar para eles.

## Medicalização, desmedicalização e remedicalização

A medicalização é explicada de maneiras muito diversas. Uma avaliação da bibliografia sobre o tema demonstra que há diversas definições possíveis, tais como:

- o crescimento abusivo do número de estabelecimentos médicos (hospitais, indústrias, laboratórios) ou de profissionais médicos;
- a maior produção, variedade e distribuição de medicamentos;
- a incorporação de temas pela racionalidade biomédica;
- o controle dos indivíduos por meio da medicina, entre outras.

No entanto, aqui no nosso Curso, partimos da seguinte definição: entende-se por medicalização o processo pelo qual o discurso e as práticas médicas se apropriam da resolução de situações cotidianas, que fazem parte da condição humana e que provocam ou poderiam vir a provocar, eventualmente, algum tipo de sofrimento físico ou psíquico.

Para exemplificar, podemos pensar nesta situação: uma criança de 5 anos começa a frequentar a escola. Os pais são chamados para uma conversa, pois a criança não consegue parar quieta em sua carteira e copiar todo o conteúdo do quadro negro. Os pais conversam com a criança, porém são chamados novamente pela escola, na semana seguinte, com a mesma reclamação. A professora sugere que a criança seja hiperativa e orienta os pais a procurarem um médico, preferencialmente um neurologista pediátrico. Os pais ficam bastante apreensivos, uma vez que sempre viram seu filho como sendo uma criança normal.

Essa situação se tornou relativamente comum nas escolas e muitos problemas que eram resolvidos na própria instituição passaram a ser de responsabilidade da área da saúde. Grande parte dos problemas educacionais são, agora, remetidos para a medicina e, muitas vezes, “resolvidos” com um medicamento.



#### Link

O vídeo, indicado a seguir, em inglês com legenda em espanhol, ilustra como vários problemas de comportamento passaram a ser tratados como problemas médicos, e aponta os problemas e as consequências que isso pode acarretar: <http://www.youtube.com/watch?v=oPqgLWqrqFk&feature=related>

O vídeo tem início com a fala do Dr. Thomas Szasz, renomado psiquiatra americano, que faz uma crítica ao diagnóstico Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade e afirma, ao final: “E etiquetar uma criança como doente mental é estigmatização, não diagnóstico. E dar a uma criança uma droga psiquiátrica é envenenamento, não tratamento”. O filme continua com dados sobre jovens e crianças que tomam ou tomaram medicamentos psiquiátricos e seus efeitos, principalmente os danosos. Por fim, apresenta o depoimento de pais



e mães, cujos filhos tomaram esses medicamentos e apresentaram graves efeitos secundários.

Também convidamos você a fazer um teste para “medir” o TDAH em adultos. Se formos observar, grande parte dos sintomas são tão gerais que muitos de nós acabaremos com uma mensagem do tipo “Esses resultados (número e intensidade de sintomas) sugerem que você pode ser portador de TDAH”, com a recomendação para “procurar um médico especialista”.



Link

Link para o teste sobre TDAH em adultos:

<http://www.dda-deficitdeatencao.com.br/testesonline/adulto/adulto.htm>

O que os testes e o diagnóstico desse transtorno parecem esquecer é o contexto social no qual aparecem as dificuldades da criança e também do adulto. É frequente observarmos salas lotadas e desconfortáveis, tanto no ensino público quanto no ensino privado. Os professores do ensino elementar, muitas vezes, não estão bem preparados para a função complexa que devem desenvolver; os salários são baixos; lidar com crianças nunca é fácil, ainda mais quando elas não têm hábitos de leitura e quando os grupos são numerosos. Enfim, são múltiplos os fatores sociais que podem levar uma criança a não ser tão comportada quanto se espera dela.

Os processos de medicalização tendem a esquecer e apagar esses fatos sociais e psicológicos complexos, que, certamente, não são simples de resolver, restando mais fácil substituí-los por uma deficiência ou alteração biológica, neste caso um déficit neurológico (desequilíbrio dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, alterações na região frontal do cérebro), que poderia ser resolvido com um diagnóstico de TDAH e com uma terapêutica farmacológica, que é a Ritalina® (metilfenidato).

Alguns autores, como Peter Conrad (2007) ou Robert Nye (2003), fazem um resgate histórico do uso do termo medicalização, mostrando que ele é compreendido de maneiras diferentes em diferentes momentos. Os primeiros trabalhos referem-se à medicalização apenas como ampliação da assistência médica, do número de habitantes por médico, e ao surgimento de novas técnicas terapêuticas. Mais tarde, o termo ganhou um significado mais amplo, referindo-se à crescente incorporação de diferentes aspectos do

cotidiano das pessoas, sejam sociais, econômicos ou existenciais, sob o domínio do medicalizável, isto é, do diagnóstico médico, da cura, da terapêutica, e da patologia.

E, atualmente, existe ainda outro conceito em desenvolvimento, o de biomedicalização. Alguns autores contemporâneos consideram que a medicalização que observamos hoje apresenta algumas diferenças em relação ao processo inicialmente descrito, nas décadas de 1960 e 1970 (CLARKE *et al.*, 2003). O prefixo “bio” da palavra biomedicalização está relacionado à grande importância que a biologia desempenha nas explicações médicas. O processo de biomedicalização parece visar a transformação dos fenômenos biomédicos, não apenas o seu controle, por meio da tecnologia, de novos diagnósticos, tratamentos e procedimentos da bioengenharia, genoma, tecnologias de visualização do corpo, do desenvolvimento de novos fármacos, da medicina baseada em evidência etc. Não vamos entrar em mais detalhes acerca dessa discussão neste momento, mas queremos frisar que falaremos apenas em medicalização ao longo do texto, mesmo quando nos referirmos a processos que alguns autores chamariam de biomedicalização.

O filósofo Michel Foucault vincula o processo de medicalização ao nascimento da medicina moderna. Essa questão é analisada por ele em sua obra *O Nascimento da Clínica* (2003), na qual afirma que a medicina de hoje é herdeira da medicina moderna do século XIX, caracterizada por uma estrutura diferente da medicina que a precedeu e da medicina greco-romana. Para ele, a história da medicina não é resultado de uma progressão histórica linear, impulsionada por novas descobertas científicas, mas consequência de uma ruptura, de uma mudança completa na maneira de olhar e de entender a clínica médica. A partir desse momento, separa-se a doença do doente, surgem as especialidades médicas referidas a diferentes órgãos ou lesões orgânicas, e se organiza esse saber médico que nós conhecemos, preocupado em estabelecer correlações entre um conjunto de sintomas e uma lesão orgânica. A anátomo-clínica possibilita que o clínico estabeleça as comparações entre os sintomas que apresenta o usuário e as lesões observadas nos cadáveres de sujeitos que apresentaram, antes de morrer, sintomas semelhantes.

No entanto, a tendência da medicina atual de medicalizar novos espaços parece contradizer essa lógica, pois, em muitos processos de medicalização, ocorre justamente o contrário.

Não é possível estabelecer uma correlação com uma lesão orgânica ou com uma bactéria quando falamos de patologias como TDAH, depressão ou síndrome do pânico. No entanto, todas as justificativas de intervenção médica sobre esses sofrimentos apresentam-se como soluções prontas para resolver deficiências biológicas, como o déficit de serotonina, noradrenalina ou dopamina.



### Reflexão

Podemos afirmar que, para o diagnóstico e a terapêutica de uma úlcera, não são aplicados a mesma lógica e o mesmo modelo explicativo utilizados no diagnóstico de depressão. Porém, são feitos esforços poderosos para aproximar os dois modelos explicativos, ainda que isso esteja longe de poder ser realizado.

Para Foucault, os processos de medicalização são múltiplos e variados e configuram diferentes modalidades de exercício de poder em nossa sociedade. Essas pequenas redes de poder aparecem em nosso cotidiano de modo mais ou menos evidente, tornando os sujeitos cada vez mais submissos aos desígnios do poder médico.

Algo semelhante afirma Ivan Illich, em sua obra *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina* (1975), na qual analisa o processo de medicalização, já não por referência a uma rede de micropoderes, mas, sim, como um processo vertical e hierárquico de exercício de poder, que seria característico da medicina desde inícios da sociedade industrial. Illich entende que esse poder médico diminui a capacidade dos sujeitos de darem respostas a seus problemas, ou, dito de outro modo, limita continuamente a autonomia das pessoas, gerando dependência de um saber que não é seu e com o qual passam a ter uma relação de subordinação e dependência. Assim, os indivíduos ficarão cada vez mais dependentes dos procedimentos e das intervenções médicas.

Fundamentalmente, no momento em que o discurso médico se internaliza na mente dos sujeitos como única verdade cientificamente legitimada, eles ficarão dependentes desses produtos médico-terapêuticos que são, por exemplo, os medicamentos.

Para Illich, esse processo leva a que, conscientemente ou não, os indivíduos sejam forçados a abandonar os próprios conhecimentos e as práticas antes aceitas sobre o processo saúde e doença, tal como ocorreu com o desaparecimento das medicinas populares (BOLTANSKI, 1984). O paradoxo que Illich procura demonstrar é o da contraproduzitividade dessa sociedade que promete a resolução de todos os problemas por meio do acesso à tecnologia de ponta, mas que, na verdade, gera mais dependência da própria tecnologia. Essa dependência termina por limitar a capacidade das pessoas de cuidarem de si mesmas, não havendo um avanço real em saúde, mas um processo de perda de autonomia, de multiplicação de riscos e medos e, conseqüentemente, de mais procura de assistência médica, mais tecnologia e mais fármacos.

Williams e Calnan (1996) fizeram uma revisão dos estudos sobre medicalização e os dividiram em dois grandes grupos:

- 1) os autores que a veem como resultado do poder exercido pela própria categoria médica em definir o que é saúde e doença para estender seu domínio profissional;
- 2) aqueles que a veem como resultado de um processo social mais amplo, no qual a corporação médica é apenas uma parte.

Existem diversos estudos que pertencem ao primeiro grupo, que abordam como um novo tema passa a ser reinterpretado e encampado pela medicina, como a medicalização do corpo feminino, do parto, da menopausa e da menstruação, de variações do comportamento, do aprendizado, entre outros exemplos.

Os autores que pertencem a esse grupo estão interessados em demonstrar como um determinado tema, como o alcoolismo, por exemplo, quando se transforma em objeto da medicina, passa a ser convertido em doença.

São estudos bem heterogêneos, que variam de acordo com a metodologia aplicada. Alguns autores, por exemplo, abordam o discurso da população e a sua maior dependência de algum serviço médico; outros abordam o discurso médico e o processo de incorporação de um novo tema pela medicina. Como foi explicado por Hacking (2007), cada problema novo a ser medicalizado exige uma abordagem diferente; cada processo histórico de construção de uma patologia se forma a partir de estratégias diferentes porque cada um desses processos envolve fatos sociais diferentes.

No segundo grupo de estudos, a medicalização serve como exemplo de uma teoria social em que a corporação médica é parte de um processo, como pode ser observado nos trabalhos de Illich, Foucault e Freidson. Este último (FREIDSON, 1988), no livro da década de 1970, *Profession of Medicine*, apresenta sua teoria sobre a construção das profissões a partir do processo de profissionalização na medicina, no qual a medicalização é consequência da legitimação e da institucionalização dessa profissão.

Apesar da presença marcante da ideia de medicalização nos trabalhos de Foucault, Illich e Freidson, eles não apresentam nenhuma definição precisa do termo. No entanto, outros autores, como Lowenberg e Davis (1994) ou Conrad (2007), definiram alguns eixos articuladores dos processos de medicalização:

- a) a ampliação da jurisdição médica a âmbitos e fatos que até esse momento não faziam parte da medicina;
- b) a desculpabilização que acompanha vários processos como ocorre com o baixo desempenho escolar na infância que, quando diagnosticada como TDAH, pode levar os pais a sentirem-se desculpabilizados pelo fracasso escolar do filho (um elemento da positividade que torna aceitável a medicalização); e, por último,
- c) a relação hierarquizada e autoritária do profissional de saúde para com o usuário, que o leva a impor prescrições médicas como sendo verdades que não podem ser questionadas ou desrespeitadas, limitando a autonomia e a capacidade de autocuidado do usuário.

O processo de desculpabilização (item b) admite, por sua vez, uma leitura dupla. Podemos dizer que, em certo sentido, a biomedicina ocupa hoje o espaço da igreja e da moral católica. Ela seculariza ou dessacraliza explicações de fatos ou de condutas (não aceitas pela sociedade) que antes eram pensadas em termos de culpa e pecado, como o alcoolismo, a drogadição, a perversão sexual, os viciados em trabalho, em jogos, em sexo etc. Desde que a medicina define essas condutas como doença, permite que seja retirada a culpa moral e oferece uma possibilidade de “cura”.

Porém, a medicina pode criar novos tipos de estigma social no momento em que define um diagnóstico médico.

Assim, pode se desconsiderar a palavra de um colega que faz uma reclamação porque ele tem diagnóstico de “ansiedade”; desconsiderar as dúvidas ou problemas de relacionamento de uma pessoa por ter o diagnóstico de “fobia social”; ou minimizar os relatos de um aluno sobre a falta de comodidade na sala de aula ou a falta de competência do professor, se ele possui um diagnóstico de TDAH.

Por outra parte, sabemos que a abordagem médica que costuma utilizar a culpa e o medo como ferramentas para que as pessoas sigam as prescrições é muito comum. Assim, para Castiel (2010), por exemplo, a problemática do risco também pode gerar medo e ansiedade. Múltiplas estratégias de culpabilização se estendem nos mais diversos espaços de vida dos sujeitos, como comer determinados alimentos, fazer pouca atividade física, trabalhar excessivamente ou fumar, passaram a ser considerados quase como uma debilidade moral, na medida em que se associam com riscos de contrair alguma doença.

Repete-se uma e outra vez a sentença culpabilizante de que ingerir gorduras, beber, fumar ou ter um estilo de vida sedentário pode levar aos mais diversos sofrimentos físicos e produzir as mais diversas patologias. Assim, quem adoece pode vir a ser considerado culpado por não ter seguido essa imensa variedade de prescrições preventivas que lhe foram indicadas. Então, podemos afirmar que, pela mediação do discurso do risco, os processos de medicalização continuam criando novas estratégias de culpabilização as quais, muitas vezes, podem conviver com certo sentimento de desculpabilização que, em alguns casos, pode vir a provocar o diagnóstico médico (como no caso do TDAH, anteriormente analisado).



#### Ambiente Virtual

Para aprofundar a problemática da medicalização e sua vinculação com a temática dos riscos, recomendamos leitura do texto *Medicalização e Risco*, elaborado pelas conteudistas Sandra Caponi e Fabíola Stoff. Acesse a Biblioteca e leia outras informações sobre o assunto.

Agora, vamos aprofundar conhecimentos sobre os desafios da desmedicalização. Acompanhe.

## Os desafios da desmedicalização

Em seu estudo *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*, Marcia Angell (2007) parece indicar que a assistência médica e a procura por novos fármacos não pode ser considerada como a principal causa de melhoramento da saúde das populações. Ao contrário, entende que a prática médica aumenta seu campo de ação quando define um maior número de condições humanas como enfermidades. Desse modo, a ampliação da medicina pode vir a constituir uma defesa de privilégios ocupacionais e de classe em lugar de um mecanismo para manter bons níveis de atenção.

Segundo alguns autores, ao mesmo tempo em que a medicina avança, também tem aumentado o espaço de crítica entre a população e a medicina moderna, no qual a mídia tem um papel crucial de desmistificação da ciência e da tecnologia (WILLIAMS; CALNAN, 1996). Haveria um empoderamento da população, já que as pessoas estão mais conscientes das fragilidades das corporações e existe uma tendência, cada vez maior, em criar grupos de identificação e de solidariedade entre pessoas que sofrem de alguma doença ou que compartilham algum problema particular. Associações de pacientes oncológicos, de alcoólicos, de familiares com Alzheimer, de pais e filhos com TDAH, proliferam nas sociedades atuais. No entanto, sabemos que muitas dessas redes sociais, fundadas em identidades, criam novas soluções, mas também novos problemas.

Grande parte dessas sociedades são hoje financiadas por laboratórios farmacêuticos e orientadas por discursos médicos e estatísticos tendentes a mostrar a eficácia de certos tratamentos e de certos fármacos.

Por outra parte, a população, munida de maior acesso à informação, por meio da internet ou de outros meios de comunicação, poderia estar mais consciente dos custos, benefícios e malefícios de uma maior medicalização de suas vidas (MOYNIHAN; SMITH, 2002). Mas, ao mesmo tempo, também está sujeita a novas demandas de medicalização transmitidas pela mídia que, dia a dia, apresenta novos tratamentos e também novas e variadas patologias antes inimagináveis (SOARES, 2009).

Se voltarmos para os três eixos do processo de medicalização podemos afirmar que, em relação ao terceiro eixo, referido à hierarquização do saber médico e à imposição de normas, existe, na atualidade, um incipiente processo de desmedicalização, pois é

possível observar o crescimento de outras racionalidades médicas e de outras áreas ligadas à saúde, como a acupuntura, a homeopatia, a educação física e uma revalorização da medicina popular, representando movimentos que tentam valorizar a autonomia dos sujeitos e sua capacidade de autoatenção.



### Ambiente Virtual

Para obter um conceito mais detalhado sobre autoatenção, sugerimos leitura do artigo *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, de Menendez (2003), disponível na Biblioteca.

Esses saberes abordam o processo saúde/doença desde uma perspectiva que supõe ter um maior respeito pelas culturas locais e populares, como pode ser observado pela ampliação do uso de fitoterápicos.

Por outra parte, e como já afirmamos, o conceito de risco introduz uma nova possibilidade de medicalização. Como sabemos, os estudos epidemiológicos e populacionais, utilizados para cálculos de risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, degenerativas ou outras, são também utilizados, direta ou indiretamente, na prática clínica diária, o que, muitas vezes, pode possibilitar uma invasão desnecessária e indesejada na vida das pessoas e um controle de vários aspectos de suas existências. Desse modo, provavelmente, assistimos a uma nova moralização e culpabilização dos indivíduos, agora referida a estilos de vida considerados indesejados ou de risco.

## Lição 5 – Medicalização do sofrimento

A partir de agora, será discutida a utilização de serviços médicos excessivos, incluindo medicamentos, em situações de vida que poderiam ser consideradas “normais”, repensando nosso modelo de saúde e a prática profissional.

A tendência de se construir explicações biológicas para comportamentos considerados como socialmente indesejados, tais como o alcoolismo, a violência, a tristeza ou a infância problemática, caracterizou grande parte do discurso da Higiene e da Medicina Legal, no final do século XIX e início do século XX. Assim, desde os anos de 1980, temos visto reaparecerem, com força inesperada, estudos que, a



partir das neurociências, da genética e da sociobiologia, têm retomado a preocupação em relação às “condutas indesejadas”, criando novas estratégias explicativas, baseadas no determinismo biológico clássico.

Essa persistência de um século de explicações biológicas para as condutas ou para os fenômenos existenciais não pode ser facilmente reduzida à história da progressiva conquista na localização de lesões orgânicas, distúrbios cerebrais, deficiências químicas ou a identificação de genes responsáveis. As patologias associadas a comportamentos possuem, ainda hoje, como no início do século, diagnósticos ambíguos e imprecisos, terapêutica de eficácia duvidosa e efeitos colaterais imprevisíveis.

Conhecemos a eficácia social que possui este tipo de explicação: aquilo que tem uma origem orgânica identificável poderá ser resolvido com uma terapêutica (farmacológica ou cirúrgica, de acordo com as épocas) apropriada. Um fármaco capaz de atuar diretamente contra o déficit de serotonina fará com que pessoas diagnosticadas com depressão modifiquem sua conduta e permaneçam mais felizes e satisfeitas pelo período de tempo que dura sua ação, desconsiderando a multiplicidade de fatores pedagógicos, sociais, familiares que podem afetar esse indivíduo num determinado momento.

Para analisar a emergência, consolidação e expansão da medicalização dos comportamentos e sofrimentos, retomamos como exemplo o diagnóstico de depressão. Para que a depressão pudesse se transformar na “epidemia do século”, foi necessária a criação de uma rede de pequenas interações entre sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos, e um aparelho estatístico e médico cada vez mais sofisticado de classificação de sintomas, de localização cerebral, de diagnósticos por imagem.

Não se trata de afirmar que a depressão é uma invenção, uma ficção socialmente criada. Devemos partir da certeza de que existe um fenômeno patológico que pode produzir sofrimentos extremos, negar a realidade da depressão é, como afirma Pignarre (2001), ofensivo para todos aqueles que sofrem ou sofreram dessa patologia. O problema aparece quando analisamos as consequências dessa definição ambígua e pouco clara. Em primeiro lugar, essa ambiguidade pode levar a uma ampliação indefinida de uma categoria médica. Como não existem critérios claros para diferenciar o que é depressão do que é uma situação de tristeza, ocorre que dificuldades cotidianas de nossas vidas que, em outras oportunidades, seriam pensadas como

situações de sofrimento pessoal hoje são diagnosticadas como um transtorno de humor: a depressão.



#### Link

O vídeo indicado, a seguir, discute um pouco essa dificuldade em diferenciar tristeza de depressão, e ressalta que tristeza é um sentimento normal e que faz parte do cotidiano, sendo, muitas vezes, até necessário. Você pode acessá-lo em:

<http://www.youtube.com/watch?v=JvapUaHj7LA&feature=related>

A quinta edição do manual 5 (DSM-5) foi lançada muito recentemente nos Estados Unidos. Por essa razão, ainda estamos citando como referência diagnóstica o DSM-IV.



#### Link

Para conhecer os diagnósticos e critérios do DSM-IV, acesse o endereço [http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?pagina=1&pg\\_grupo=1&busca=&ltr=](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php?pagina=1&pg_grupo=1&busca=&ltr=)

E para conhecer os critérios específicos para depressão, você pode acessar <http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=299&sec=26>

Porém, ainda que os critérios para estabelecer o diagnóstico de depressão não se refiram a explicações etiológicas, mas à descrição e contagem de sintomas, a terapêutica refere-se a uma causa biológica da doença.



#### Reflexão

Surge, então, uma pergunta inevitável: por quais mecanismos ocorre o deslocamento de um diagnóstico descritivo e não etiológico à prescrição de uma terapêutica que se sustenta em alterações químicas de funções cerebrais?

Esse deslocamento supõe uma explicação etiológica, causal, que está ausente dos critérios estabelecidos no DSM-IV.

Afirma-se que o que limita todo e qualquer “capricho diagnóstico” (KITCHER, 2002) não são os critérios descritivos, mas as explicações etiológicas, as referências a estudos biológicos de laboratório que indicam que o déficit de certos neurotransmissores é a causa direta da doença. A lógica que se pretende aplicar não é outra que aquela que deu nascimento à medicina moderna: a localização anatomopatológica de déficit ou de lesões no corpo. Entretanto, esse esquema explicativo possui, como os critérios de diagnóstico do DSM-IV, sérias debilidades epistemológicas que precisam ser cuidadosamente analisadas.

Os estudos de localização cerebral, realizados a partir dessas novas “janelas ao cérebro”, que são os exames de PET-scan (ORTEGA, 2006), ou com o auxílio de modelos animais, descansam sob a certeza de que existem explicações biológicas causais para a depressão semelhantes àquelas que nos permitem identificar a etiologia de outras doenças. Assim como existe uma relação causal entre o *Trypanosoma cruzi* e a doença de Chagas, dir-se-á que existe também uma relação causal entre o déficit serotonina e um episódio depressivo.



#### Ambiente Virtual

Sugerimos a leitura do texto *O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX*, de Francisco Ortega, publicado na revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos. O texto está disponível na Biblioteca.

Se isso é possível, ocorre porque nos estudos etiológicos clássicos, o diagnóstico e a terapêutica têm um ponto em comum, aquilo que Pignarre (1995) denominou “marcador biológico”. Essa testemunha confiável está ausente nas doenças psiquiátricas em geral e na depressão em particular. Por essa razão, é necessário criar estratégias explicativas diferentes daquelas que caracterizam os estudos etiológicos clássicos.

No caso da depressão, o que permite articular a trama explicativa não é o diagnóstico ou a explicação etiológica, mas, sim, a terapêutica. É a partir do antidepressivo que se inicia a busca de causas biológicas. Ele permite identificar quais são os mecanismos biológicos, os receptores neuronais afetados e, a partir de então, poder-se-á postular a causa orgânica, cerebral, dos padecimentos.

Perante a ausência de um “marcador biológico”, seja um micro-organismo, um parasita, um tecido celular, a rede causal se reconstrói a partir da terapêutica. Pignarre (2001) encontra um antecedente dessa inversão explicativa no que ele chama de “hipótese dopaminérgica da esquizofrenia”. Nesse caso, “se associa o déficit de um neurotransmissor no cérebro (a dopamina) à esquizofrenia com o argumento de que a clorpromazina atua sobre esse neurotransmissor” (PIGNARRE, 2001, p. 115). Essa mesma lógica se repete com os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS): a associação do déficit de serotonina com a depressão resulta do argumento de que os ISRS atuam sobre esse neurotransmissor.

Da mesma forma, a resposta positiva ao tratamento medicamentoso para o TDAH, principalmente o metilfenidato, foi o principal argumento usado pelos autores que aceitaram a hipótese biológica para esse transtorno, desde a década de 1950, quando os medicamentos foram sendo incorporados ao tratamento de crianças desatentas. E esse discurso continua aparecendo nos estudos científicos atuais. Isso significa que, não conseguindo provar as hipóteses biológicas levantadas para o TDAH até hoje, o medicamento ainda é utilizado para sustentá-las (BRZOZOWSKI, 2013).

Embora esses estudos se mostraram eficientes para criar novos medicamentos, todas as hipóteses etiológicas que foram construídas a partir desses protocolos de investigação (com modelos animais ou com o uso do PET-scan) mostraram-se, até hoje, pouco conclusivas.

No entanto, mesmo existindo certo consenso quanto à insuficiência de informações confiáveis referidas à localização cerebral da depressão, os estudos dedicados a descobrir e aperfeiçoar novos antidepressivos não deixam de se multiplicar. Isso é possível porque a produção de antidepressivos e a busca pela investigação da localização cerebral da depressão se movem em direções independentes.

O investimento milionário em pesquisa de novos antidepressivos tem dois objetivos claros: encontrar medicamentos com menos efeitos colaterais do que aqueles em uso e produzir novos medicamentos para novos diagnósticos que surgem por associação ou aproximação entre distúrbios (depressão com ansiedade, anorexia nervosa, depressão com hiperatividade etc.). Esses estudos, baseados em alterações de comportamentos, são realizados com absoluta independência do êxito ou fracasso das pesquisas centradas na localização cerebral.

Criou-se, assim, uma frutífera e milionária linha de pesquisa e financiamento com características próprias. Embora esses estudos se definam como pertencentes ao campo das pesquisas biológicas,

afirmando que seus protocolos são idênticos aos estudos de qualquer outra doença, para Pignarre (2001) não seria correto falar de pesquisa biológica. O autor cria o conceito de “biologia menor” (*petite biologie*) para designar esses conhecimentos, que permitem produzir novos psicofármacos a partir das reações provocadas pelos fármacos hoje existentes.

Como afirma esse autor: “Os pesquisadores da indústria farmacêutica impõem sua biologia menor. Ela não tem grande utilidade fora do laboratório, sua ambição é aperfeiçoar e afinar os instrumentos de seleção de novos psicotrópicos que sempre serão os penúltimos” (PIGNARRE, 2001, p. 120).

A última descoberta sempre deve remediar os efeitos colaterais da anterior e anunciar os medicamentos por vir, que reduzirão, por sua vez, os efeitos colaterais que esta apresenta.

Uma característica dessa “biologia menor” é a identificação diagnóstico-terapêutica, pois é o medicamento que cumpre o papel de “marcador biológico”. Assim, “passando de uma classe química de antidepressivo a outra, os pesquisadores e os médicos modificaram os critérios de classificação dos pacientes” (PIGNARRE, 2001, p.123). A ação diferenciada de cada medicamento é o que permite criar novas classificações diagnósticas. Teremos, então, “depressivos que têm necessidade de serem estimulados e aqueles que precisam ser tranquilizados, depressivos ansiosos e depressivos agressivos ou totalmente inibidos etc.” (PIGNARRE, 2001, p. 121).

As pequenas alterações nas diversas moléculas que são testadas em laboratório transformam os critérios de classificação dos pacientes e, como consequência, terminam por transformar a própria definição do diagnóstico. Assim, a ausência de um marcador biológico, ao mesmo tempo em que representa o limite e a dificuldade desse modelo explicativo, abre ilimitadas possibilidades para pesquisas futuras. Essa ausência também permite que seja explorada livremente essa ampla fronteira, pouco clara e indefinida, entre o sofrimento normal e o sofrimento patológico. Permite “explorar o território dos comportamentos e as emoções que ainda não foram medicalizados, e participar da redefinição permanente dos problemas mentais” (PIGNARRE, 2001, p. 143).



## Ambiente Virtual

Para uma análise detalhada sobre o assunto, sugerimos o texto de Ángel Martínez Hernández: *A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições*. O texto integra o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010, e está disponível na Biblioteca.

Situamo-nos, assim, em um território sem limites epistemológicos definidos, sem marcadores, nem testemunhas confiáveis, mas é justamente essa ambiguidade que permite a crescente multiplicação de diagnósticos e, conseqüentemente, o crescimento ilimitado dessa misteriosa e temida epidemia de depressão. A partir da mediação dos psicofármacos, os dois níveis de diagnóstico – o nível descritivo (DSM) e o nível etiológico – se articulam. O antidepressivo tem um efeito duplo: permite definir a etiologia (uma reação favorável à fluoxetina, um ISRS, indica déficit de serotonina), e permite otimizar e criar novos critérios diagnósticos.



## Ambiente Virtual

Concluimos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas. Confira, também, o texto *A medicalização e a dimensão ética da existência*, de autoria das conteudistas da unidade, que nos mostra de que forma se dá a relação nesse processo de medicalização do sofrimento e a dimensão ética da existência. O texto está disponível na Biblioteca. Bons estudos!

## Análise crítica

O biólogo e geneticista Steven Rose inicia seu livro de filosofia da biologia, denominado *Trajelórias de vida: biologia, liberdade e determinismo* (ROSE, 2001), com a seguinte afirmação:

O atual entusiasmo pelas explicações biológicas deterministas da condição humana remonta ao final da década de 1960. Ele não foi impulsionado por alguma descoberta particular das ciências biológicas, nem por uma teoria nova e influente. Sua ascensão decorre de uma tradição anterior que é a do pensamento eugênico

que, depois de conhecer um grande avanço nos Estados Unidos, na década de 1930, ficou eclipsada como consequência do Holocausto, inspirado por ideias racistas (ROSE, 2001, p. 10).

Como resposta aos horrores da Segunda Guerra, criou-se, por algumas décadas, um consenso pelo qual as raízes da desigualdade humana, seja de raça, de gênero, de etnia, não deviam ser procuradas em nossos genes, mas, sim, na distribuição desigual de riqueza e de poder entre grupos humanos.

Esse consenso parece ter-se quebrado nos últimos trinta anos, destinando-se cada vez maiores recursos e esforços à procura de explicações biológicas para os comportamentos, as desigualdades sociais, as mais variadas debilidades do caráter, as pequenas escolhas cotidianas, as exclusões e os conflitos urbanos. Esses fatos, dentre muitos outros, parecem ter ingressado novamente no território das explicações médicas e psiquiátricas, pela classificação de fatos sociais como patologias psiquiátricas que reclamam uma intervenção terapêutica. Para cada um desses fatos, os defensores do reducionismo prometem a descoberta de alguma explicação neurogenética que possibilitará intervenções eficazes e definitivas, uma terapêutica farmacológica ou uma estratégia preventiva que permitam substituir a complexidade das explicações sociológicas ou psicológicas existentes.

Evitar que os problemas mentais se cronifiquem ou se tornem “mais graves” é um dos argumentos para se intervir nos pequenos desvios de conduta (CAPONI, 2012). Para a autora, foi a partir da segunda metade do século XIX, e com a expansão das ideias da teoria de degeneração de Benedict August Morel, que toda e qualquer conduta se tornou passível de intervenção médico-psiquiátrica, situação que Foucault (2001) chamou de medicina do não-patológico.

O certo é que novas vozes aparecem a cada dia, seja nas mais prestigiosas publicações científicas ou no mais popular meio massivo de telecomunicação, em defesa de alguma nova descoberta que possa, finalmente, comprovar a veracidade do determinismo neurogenético de nossas escolhas e condutas. Assim,

afirma-se que foram descobertos, não somente os genes de uma doença como o câncer de mama, mas também da homossexualidade, do alcoolismo (que tanto preocupava aos degeneracionistas), da criminalidade, chegando até a célebre especulação de Daniel Koshland, nesse momento diretor da revista *Science*, de que poderiam existir genes dos sem-teto (ROSE, 2001, p. 313).

Em cada um desses casos, os defensores das explicações neurogenéticas serão cautelosos em afirmar que os fatos sociais também têm sua importância. Porém, perante o que consideram

uma sucessão de medidas sociais pouco eficazes e pouco frutíferas, eles parecem reclamar para si o poder de descobrir as intervenções precisas, efetivas e definitivas para cada um dos problemas que tanto angustiam nossa sociedade contemporânea: a violência urbana, os sofrimentos psíquicos, as dificuldades de aprendizagem escolar, os sem-teto etc. Para essa ambição explicativa dos neurogeneticistas de hoje, pode ser repetida a mesma advertência que Charpentier enunciara, em 1893, a Magnan:

Tenhamos cuidado com essa tendência (da psiquiatria), ou então as pequenas loucuras da infância, as da adolescência, os tíques, todas as perturbações mais ou menos conhecidas da vontade, os estados emocionais, os defeitos de equilíbrio, as perturbações menores, poderão atingir o estatuto de doença mental (CHARPENTIER *apud* MAGNAN, 1893, p. 130).

O “triumfalismo arrogante” (ROSE, 2001) das explicações neurogenéticas para comportamentos e sofrimentos parece ser tão sedutor para nossas sociedades contemporâneas, caracterizadas pela precariedade dos laços sociais, pela fragilidade laboral, pelos processos migratórios e pela violência urbana, como já foram as propostas dos degeneracionistas na conservadora sociedade europeia da segunda metade do século XIX, ou as intervenções racistas dos eugenistas, nos Estados Unidos da década de 1930. Em cada um desses momentos históricos, as explicações biológicas pareceram concentrar poderes reveladores, capazes de ocupar o lugar abandonado perante a renúncia coletiva em procurar soluções sociais para problemas sociais.

E os profissionais de saúde, os farmacêuticos em especial, possuem um papel fundamental nesse processo, tanto no que diz respeito ao atendimento individual (dispensação de medicamentos, atenção farmacêutica) quanto ao planejamento e formulação de políticas de medicamentos.

Lembrar-se desses conceitos e refletir eticamente sobre eles, sobre o dia a dia, sobre os problemas discutidos até aqui, é indispensável para uma boa atenção, a fim de que as pessoas possam levar uma boa vida. A responsabilidade dos gestores é imensa, pois são eles que decidem as políticas a serem adotadas, os recursos a serem disponibilizados, a forma como o sistema de saúde vai caminhar. E, nesse processo, colocar-se no lugar do outro é fundamental: lembrar que o outro possui autonomia; é capaz de decidir sobre sua saúde e seu futuro; possui conhecimento sobre seu próprio corpo e sobre seus sofrimentos; e que, em uma relação ética de diálogo e respeito pelas diferenças, o profissional pode aprender muito com ele. Essa, sem dúvida, é a melhor forma de construirmos um sistema de saúde e atenção justo, solidário e eficaz.



## Referências

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319 p.

BARROS, J. A. C. D. Ampliando o acesso aos medicamentos: a questão das enfermidades negligenciadas. In: BARROS, J. A. C. D. (Org.). **Os fármacos na atualidade**: antigos e novos desafios. Brasília: ANVISA, 2008. p.79-88.

BLECH, J. **Los inventores de enfermedades**: cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino, 2005. v. 65. 256 p.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRAZ, M.; SCHRAMM, F. R.; TELLES, J. L.; REGO, S. T. D. A.; PALÁCIOS, M. **Bioética**: algumas datas e acontecimentos. 2013. Disponível em: <http://www.ghente.org/>. Acesso em: 10 jun 2013.

BRZOZOWSKI, F. S. **Explicações reducionistas no discurso científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade desde 1950**. 2013. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 210 p.

CASTIEL, L. D. Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). **Medicalização da vida**: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Unisul, 2010. p.49-71.

CLARKE, A. E.; SHIM, J. K.; MAMO, L.; FOSKET, J. R.; FISHMAN, J. R. Biomedicalization: tecnoscience transformation of health, illness and US biomedicine. **American Sociological Review**, v. 68, n. 2, p. 161-94. 2003.

CONRAD, P. **The medicalization of society**: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. **PLoS Medicine**, v. 9, n. 3, p. 1-4. 2012.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002. 69 p.

FAGUNDES, M. J. D.; SOARES, M. G. A.; DINIZ, N. M.; PIRES, J. R.; GARRAFA, V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. **Ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p. 221-9. 2007.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479 p.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p.

FREIDSON, E. **Profession of Medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge**. Chicago/London: The University of Chicago Press, 1988.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). **Medicalização da vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p. 21-35.

HACKING, I. Kinds of people: moving targets. **Proceedings of the British Academy**, v. 151, p. 285-318. 2007.

HECK, J. N. Bioética: contexto histórico, desafios e responsabilidade. **Ethic@**, v. 4, n. 2, p. 123-39. 2005.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.

KITCHER, P. **Las vidas por venir**. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2002.

LEITE, S. N. Solidariedade x caridade: uma reflexão sobre o caso dos medicamentos doados para Santa Catarina. **Comunicador Farmacêutico - COFA**, Florianópolis, p. 7-9, 10 maio 2009.

LEITE, S.N.; MAFRA, A. C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1665-71. 2010.

LOWENBERG, J. S.; DAVIS, F. Beyond medicalization-demedicalization: the case of holistic health. **Sociology of Health & Illness**, v. 16, n. 5, p. 579-99. 1994.

MACIEL, E. L. N. Doenças negligenciadas: “nova agenda para velhas doenças”. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). **Medicalização da vida: Ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p.96-107.

MAGNAN, V. **Leçons clinique sur les maladies mentales**. Paris: Bureaux du Progrès médical, 1893.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207. 2003.

MOYNIHAN, R.; SMITH, R. Too Much Medicine? **British Medical Journal**, v. 324, n. 7342, p. 859-60. 2002.

NYE, R. A. The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century. **Journal of History of the Behavioral Sciences**, v. 39, n. 2, p. 115-29. 2003.

ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, v. 13, n. Suplemento, p. 89-107. 2006.

PIGNARRE, P. **Les deux médecines**: médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique. Paris: La Découverte, 1995. 190 p.

PIGNARRE, P. **Comment la dépression est devenue une épidémie**. Paris: Hachette, 2001. 150 p.

ROSE, S. **Trayectorias de Vida**: biología, libertad y determinismo. México: Granica, 2001.

SOARES, G. B. **A depressão em pauta**: análise do discurso midiático. 2009. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis - SC, 2009.

WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M. The 'Limits' of Medicalization? Modern Medicine and the Lay Populace in 'Late' Modernity. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 12, p. 1609-20. 1996.

## Autores

### Sandra Caponi

Possui graduação em Filosofia pela *Universidad Nacional de Rosario* - Argentina (1984), mestrado em Lógica e Filosofia da Ciência pela Universidade Estadual de Campinas-SP (1989), doutorado em Lógica e Filosofia da Ciência pela Universidade Estadual de Campinas-SP (1992), pós-doutorado na Universidade de Picardie -França (2000) e pós-doutorado Senior na *Ecole des hautes études en sciences sociales* Paris-França (2011). Atualmente, é professora associada do Departamento de Sociologia e Ciências políticas da Universidade Federal de Santa Catarina, consultora *ad hoc* de diversas publicações e membro do conselho editorial da Revista Interface (Comunicação, Saúde e Educação), da Revista Ciência & Saúde Coletiva, da Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos, dentre outras. É pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Desempenhou-se como professora visitante na EHESS – Paris (França), no ano 2003 e como Professora visitante do College de France (Paris), no ano 2006. Tem diversos artigos e três livros publicados. Desenvolve o seu trabalho na área de Epistemologia e História das Ciências Biomédicas e na área de Bioética. É professora permanente do doutorado interdisciplinar em Ciências Humanas da UFSC e do Programa de pós-graduação em Sociologia política, da mesma universidade.

<http://lattes.cnpq.br/2467216114324122>

### Fabiola Stolf Brzozowski

É graduada em Farmácia, com especialização em Saúde da Família, mestrado em Saúde Pública, e doutorado em Saúde Coletiva, todos pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Até junho de 2010, ministrou aulas para o Estágio Supervisionado em Farmácia, na UFSC. Atua, principalmente, nos temas: medicalização da infância, assistência farmacêutica e saúde pública em geral.

<http://lattes.cnpq.br/2960277820924503>



# UNIDADE 2

MÓDULO 8

## UNIDADE 2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### Ementa da unidade

- Promoção da saúde.
- Modelos de práticas educativas em saúde.
- Sete Teses sobre Educação em Saúde de Briceño – León.
- Materiais educativos utilizados nas práticas em saúde.

**Carga horária da unidade: 15 horas**

### Objetivos específicos de aprendizagem

- Reconhecer a promoção da saúde e correlacioná-la com a educação em saúde.
- Identificar os modelos de práticas educativas em saúde.
- Identificar e refletir sobre os postulados e as Sete Teses de Educação em Saúde propostos por Briceño-Léon, relacionando-os com a prática profissional.
- Refletir sobre a elaboração e a utilização de materiais educativos.

### Apresentação

Todo profissional de saúde é um educador em potencial.

Você, provavelmente, já ouviu ou leu essa frase. Mas, de qual educação estamos falando ao nos referirmos como educadores? O modelo biomédico ainda tem grande influência na formação dos profissionais e, apesar de entendermos a importância da promoção de saúde, as ações de educação ainda são muito pautadas na lógica de prevenção das doenças e recuperação dos enfermos.

O conceito de promoção da saúde ainda é interpretado como ações de mudanças comportamentais e isso influencia na concepção das ações educativas a serem realizadas pelos profissionais. Por isso que, para estudarmos o tema da educação em saúde, é preciso, também, estudar sobre promoção da saúde.

Quando estamos lidando com os usuários dos serviços de saúde e/ou com outros profissionais, transmitimos o conhecimento adquirido nos anos de faculdade e de vida profissional? Ou reconhecemos que esses outros atores possuem conhecimentos e compartilhamos os saberes?

Paulo Freire, sabiamente, nos disse: *Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.*

E, é com esse ensinamento de Paulo Freire, que entende a educação como uma prática emancipatória dos indivíduos, que iniciamos esta unidade. Bons estudos!

#### Conteudistas responsáveis:

Fabíola Bagatini Buendgens  
Fernanda Manzini

#### Conteudista de referência:

Fabíola Bagatini Buendgens



# ENTRANDO NO ASSUNTO

## Lição 1 – Promoção da saúde e os modelos de práticas educativas em saúde

As práticas educativas encontram-se entre as principais ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Desenvolvê-las na perspectiva da promoção da saúde é essencial para a efetividade das ações direcionadas ao processo saúde-doença.

Há uma divisão clássica entre as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença dos indivíduos (BUSS, 2002):

- promoção da saúde;
- prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco;
- tratamento e reabilitação.

Na prática, as ações para realização dessas estratégias estão imbricadas e temos dificuldade de diferenciá-las. No entanto, Buss (2002) ressalta que é importante realizar o esforço de diferenciá-las, para que possamos dar maior efetividade a essas ações.

Para Buss (2002, p. 50):

É reconhecido em todas as sociedades e pelos estudiosos em todo o mundo que a saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva do setor saúde. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Analisando o exposto por Buss (2002), é necessário questionar se o modelo de medicina hegemônico, denominado modelo biomédico, é capaz de “produzir” indivíduos saudáveis. Há tempos se discute que um modelo centrado na assistência individual e curativa, com ênfase no atendimento hospitalar, médico centrado e medicalizante, é pouco resolutivo e não soluciona os problemas de saúde.

É claro que, para os profissionais de saúde, promover a saúde é mais do que prevenir doenças e tratá-las.

Mas, afinal, o que é promover saúde? Qual é a relação entre a promoção da saúde e a educação em saúde, tema desta unidade? Esta lição foi elaborada para responder a essas perguntas.

## Promoção da saúde

Um dos primeiros registros do termo promoção da saúde foi feito pelo médico francês Henry Sigerist, em seu artigo *The place of the physician in modern society* (1946), ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente, e reabilitação (BUSS, 2003). Para ele, promover a saúde seria proporcionar condições de vida e de trabalho decentes, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, e o alcance desse objetivo se daria, por meio de um esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (VERDI; CAPONI, 2005).

Lewell e Clark, em 1965, ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, propuseram três níveis de prevenção, identificados como: primário, secundário e terciário, conforme ilustrado no Quadro 1:

Quadro 1 – Níveis de prevenção propostos para o modelo da história natural da doença, de Lewell e Clark, 1965.

NÍVEL DE PREVENÇÃO	AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS	
Prevenção primária (a ser desenvolvida em um estágio de pré-patogênese)	1º nível: Promoção da saúde	2º nível: Proteção específica
Prevenção secundária	3º nível: Diagnóstico precoce e tratamento imediato	
Prevenção terciária	4º nível: Limitação do dano	5º nível: Reabilitação

O modelo proposto por Lewell e Clark tem como foco a prevenção de doenças, com enfoque centrado no indivíduo e nas famílias. Neste modelo, a promoção da saúde está inserida em um dos níveis da prevenção primária, definida como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”, tendo como ações a serem realizadas: educação sanitária; bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; habitação adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos (BUSS, 2002; BUSS, 2003; VERDI; DA ROS; SOUZA, 2012; BATISTELLA, s.d.).

Trata-se, como você pode observar, de uma visão limitada do conceito de promoção da saúde, pois está focada no biológico e o conceito de saúde é entendido apenas como ausência de doença. Há uma naturalização da realidade social, das relações de poder, das

condições de vida dos indivíduos. E isso tende a gerar uma frustração no profissional de saúde, que “informa” qual a conduta a ser tomada pelos usuários, mas não consegue verificar o resultado de sua prática e a resolução dos problemas.

Em 1974, a partir da divulgação do **Informe Lalonde**<sup>1</sup>, surgiu, formalmente, no Canadá, o moderno movimento de promoção da saúde. Foi a primeira vez que promoção da saúde apareceu como termo e conceito em um documento oficial. O Informe demonstrou que grande parte dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, assim como a maior parte dos gastos em saúde, no Canadá, se concentravam na forma de organização da assistência à saúde que, até então, não incluía aspectos socioeconômicos, políticos e culturais que influenciam o processo saúde-doença. A ênfase maior era dada à prevenção, ao tratamento e à recuperação, deixando de lado a educação e a promoção da saúde. No entanto, ao identificar as causas principais de adoecimento e morte no país, verificou-se que a origem estava, principalmente, relacionada aos aspectos biofísicos, à poluição ambiental e ao comportamento humano ou estilo de vida. Dessa forma, era necessário modificar a situação identificada, começando pelo conceito de campo da saúde, que passou a abranger, além da **biologia humana**, o **meio ambiente**, o **estilo de vida** e a **organização da atenção à saúde**, em que se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde (BUSS, 2000; BECKER, 2001; PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Após a discussão apontada no Informe Lalonde, as práticas de promoção da saúde foram orientadas para a mudança de estilo de vida e de comportamentos individuais considerados não saudáveis (MOREIRA; BARREIROS, 2006). Sabemos que tais ações, quando exercidas desconsiderando o contexto político, econômico e social, tendem a expressar uma postura comportamental preventivista e culpabilizar os indivíduos, como, por exemplo, na obesidade. Nas últimas décadas, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado em todo o mundo, seja em crianças, em adolescentes ou em adultos, nas diferentes classes sociais. Barros Filho (2004) aponta que este problema tem tamanha envergadura que hoje os pesquisadores procuram respostas nos mais diversos tipos de estudos: biologia molecular, estudos psicológicos, estudos sociais, estudos clínicos, até a tentativa de entender o problema dentro da teoria da evolução.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, tratando do problema da equidade em saúde em nível mundial, a fim de proteger e promover a saúde de todos os povos. Uma das principais metas estabelecidas era a de que, até o

1 O documento *A new perspective on the health of Canadians*, mais conhecido como Informe ou Relatório Lalonde, em referência à Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-Estar do país.

Até o momento, já foram 2 realizadas oito Conferências internacionais sobre promoção da saúde (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jacarta, Cidade do México, Bangkok, Nairobi), sendo que a última aconteceu em Helsínque/Finlândia, em junho de 2013. A partir dessas conferências e de diversos outros movimentos, a promoção da saúde passa a nortear cada vez mais a elaboração de políticas de saúde em diversos países.

ano 2000, todos os povos, atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituíam a chave para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social. Os pressupostos apresentados nesta Conferência serviram como base para os idealizadores da promoção da saúde.

Em 1986, foi realizada a **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde** em Ottawa/Canadá, considerada o evento mais importante para o desenvolvimento da moderna noção de promoção da saúde, pois foi levada em conta, oficialmente, a influência dos determinantes sociais na saúde e na qualidade de vida; e foi revisado e ampliado o conceito de promoção da saúde. Dessa forma, promoção da saúde passou a ser definida como “o processo de capacitação (*empowerment*) da comunidade (indivíduos e coletividade) para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BUSS, 2002, p. 52).

A Carta de Intenções apresentada nesta Conferência – Carta de Ottawa - confirmou importantes posições estabelecidas em Alma-Ata, considerando que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Além disso, estabeleceu uma agenda para a Promoção da Saúde em torno de cinco linhas de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde.

Para Carvalho (1996 *apud* BECKER, 2001), o conceito de promoção da saúde passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública, sendo definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias. Na análise do autor, isso representa um avanço em relação à retórica genérica proposta na Conferência de Alma-Ata, onde foi estabelecida como principal meta a “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Os conceitos e princípios estabelecidos na Carta de Ottawa e na Conferência de Alma-Ata somaram-se às discussões do movimento da Reforma Sanitária brasileira e se refletiram na Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, somente em 2006, o Brasil formalizou a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).



Conheça as diretrizes da *Política Nacional de Promoção da Saúde*.  
O documento está disponível na Biblioteca.

Buss (2002) propõe que as diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em duas grandes tendências:

- 1) Primeira tendência - Centrada no comportamento dos indivíduos e nos seus estilos de vida:** A promoção da saúde consiste em ações relacionadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, em uma lógica individual ou familiar, mas sem levar em consideração o ambiente. Com essa lógica, as atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados sob controle dos indivíduos, como, por exemplo: higiene pessoal, alimentação, fumo, ingestão de bebidas alcoólicas, comportamento sexual, entre outros. Nesse entendimento, os fatores que não podem ser controlados pelos indivíduos não são identificados como ações de promoção da saúde. Temos como exemplo dessa tendência o Relatório Lalonde.
- 2) Segunda tendência - Enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde:** Ao considerar o papel protagônico dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, temos outro tipo de enfoque sobre a promoção da saúde, ao entendermos que ela é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, renda, educação, justiça social. Com isso, as atividades de promoção da saúde voltam-se mais para o coletivo de indivíduos e ao ambiente (físico, político, social, econômico e cultural), o que implica que a promoção da saúde vai além do setor saúde, exigindo a criação de políticas públicas intersetoriais e a mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público.

Verdi, Da Ros e Souza (2012) destacam que se deve entender a saúde por meio da politização das práticas sanitárias, tendo como objeto a produção de bens e serviços, a produção dos sujeitos e a democratização institucional. Para isso, destacam os autores, a promoção da saúde deve incluir o fortalecimento da democracia e a intervenção sobre o ambiente.

Nakamura (2013) analisou a produção científica na área da Farmácia, relacionada à promoção da saúde. Segundo a autora, os documentos relativos às práticas, políticas e educação profissional internacionais da farmácia se referem à promoção da saúde, como um dos objetivos do setor e como prática dos farmacêuticos. No entanto, a autora refere que as citações ou são muito evasivas (apenas citando o termo) ou se restringem à proposição de práticas farmacêuticas, preponderantemente, relacionadas ao uso de medicamentos e ao aconselhamento para mudanças de estilo de vida e redução de riscos.

O termo também consta em documentos de referência nacional, como na Política Nacional de Medicamentos (1998), na Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia (2002) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004). Contudo, Nakamura (2013) destaca que, em nenhum momento, nesses documentos, desenvolve-se a aplicação do termo, conceitualmente ou em descrição de práticas farmacêuticas do que seria promover saúde nos campos de atuação do farmacêutico.

É por conta disso que precisamos refletir sobre a promoção da saúde para basilar a prática do profissional farmacêutico.

## Modelos de Práticas Educativas em Saúde



### Reflexão

Antes de refletir sobre educação em saúde, fazemos alguns questionamentos: Para você o que é ensinar? É transmitir conhecimento? É imprimir uma marca? É adestrar? É modificar o conhecimento do outro? É encher um copo vazio?

A educação e a saúde são caracterizadas pela sua indissociabilidade na vida concreta. No cotidiano, basta pensar que qualquer ação de saúde requer comunicação e diálogo entre os sujeitos envolvidos, seja individual ou coletivamente.

Não existe apenas um jeito de educar em saúde, mas diferentes modos de pensar e fazer educação. E esse jeito de educar em saúde vai depender da visão de mundo, da concepção de saúde e da concepção de educação que temos (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A educação em saúde aqui é entendida como processo social com grande potencial de **transformação da realidade**.

Pelicioni e Pelicioni (2007) destacam que a educação em saúde é parte da saúde pública e, conseqüentemente, da medicina, e, com isso, cada época histórica reflete as tendências dessas áreas e reproduz as suas concepções.

Há dois principais modelos que têm embasado a prática educativa no contexto da saúde: **educação para a saúde ou educação sanitária e educação em saúde**, a qual inclui a educação popular.

Esses diferentes termos não são sinônimos, possuem significados distintos e refletem a visão de mundo, educação e saúde que temos e, embora apresentem concepções totalmente diferentes, eles coexistem e orientam as ações dos profissionais de saúde.

### Educação para a saúde ou educação sanitária

Neste modelo, a educação é compreendida como mero instrumento, um meio para se alcançar a saúde, a qual é entendida como ausência de doença. Parte-se da premissa de que os sujeitos são desprovidos de saberes e os profissionais de saúde possuem o conhecimento correto para tratar cada problema (doença, enfermidade, sintoma, risco), a fim de restaurar um padrão entendido como saudável, sob o ponto de vista sanitário, no sentido de adaptar o indivíduo a uma situação de normalidade (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010). Para isso, o modelo de trabalho na saúde a ser adotado contempla atividades, predominantemente, curativas e reabilitadoras (BESEN *et al.*, 2007).

Nessa lógica, os indivíduos passam a ser responsabilizados pelas escolhas de hábitos e estilos de vida, desconsiderando as múltiplas

variáveis que interferem em suas escolhas individuais e coletivas. Não se considera, também, que tais escolhas são, muitas vezes, induzidas ou impostas, e não revelam plena autonomia de decisão (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Os conhecimentos são repassados de forma verticalizada, seguindo o modelo de educação tradicional e de educação “bancária”, como denominada por Paulo Freire (sobre quem discorreremos a seguir). Nega-se qualquer possibilidade de participação ativa dos sujeitos nos processos terapêuticos e, conseqüentemente, o poder de decidir sobre seus males, seus corpos, e suas vidas. A esses sujeitos resta o papel passivo de aceitar as orientações, os medicamentos, os procedimentos e as demais intervenções (PELICIONI; PELICIONI, 2007; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010; RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Para Barros (2003), citado por Verdi, Büchele e Tognoli (2010), a prática educativa reduzida a ações e técnicas passa a se constituir em um momento de domínio exclusivo do profissional. Com isso, o momento de relação entre o profissional e o usuário passa a ser um momento de dar orientações, de dar informações, de (re)forçar e até de cobrar e repreender.

Durante seu percurso histórico, a educação sanitária caracterizou-se pelo seu papel regulador, normatizador, de controle sobre os corpos por meio de dispositivos que se utilizaram de estratégias fundamentadas, principalmente, no poder disciplinar (RENOVATO; BAGNATO, 2012). Em suma, as práticas da educação sanitária pautam-se no modelo informação-mudança de comportamentos.

## Educação em saúde

Neste modelo, o processo saúde-doença é reconhecido como processo determinado socialmente, porém sem descaracterizar a materialização do sofrimento nos corpos, nas relações dos sujeitos. Neste modelo, busca-se superar a dicotomia profissional/paciente (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O usuário é entendido como um sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde. Para isso, é preciso reconhecer que:

- cada indivíduo tem o seu saber;
- cada indivíduo carrega uma experiência com o processo saúde-doença;



- a família, os amigos e a comunidade possuem um importante papel no entendimento do processo saúde-doença.

Já, o profissional de saúde passa a ter um papel de facilitador desse processo reflexivo-criativo que conduz o indivíduo a melhores escolhas e decisões (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O reconhecimento da realidade dos sujeitos deve considerar sempre a necessidade de se conhecer a história, as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem. É importante, também, ter respeito às crenças de qualquer natureza, como religiosa, política, filosófica.

A relação entre o usuário e o profissional de saúde é entendida como uma via de mão dupla, em que ambos têm a ensinar e a aprender. Essa relação busca resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde, e deve ser baseada na troca de experiências, em que o saber técnico do profissional não é anulado e o saber popular do indivíduo/família não é subestimado (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Para tanto, é preciso que todos assumam a condição de aprendizes, buscando compreender a realidade e as tramas de poder que dominam as relações existentes, inclusive nos serviços de saúde. Assim, é necessário que os sujeitos descubram-se com poder e com força para reagir, para pensar, para criticar, para criar e para transformar (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A educação em saúde vai muito além do que, simplesmente, informar ou tentar mudar comportamentos. Pelicioni e Pelicioni (2007) identificam, como objetivos da educação em saúde:

- preparar os indivíduos para o exercício da cidadania plena;
- criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres, visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos; e
- possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade.

Neste conteúdo, apesar de apresentar algumas especificidades, inserimos a educação popular na educação em saúde por acreditar que ambas partilhem os mesmos princípios. Alguns autores a consideram como um terceiro modelo de prática educativa em saúde.

Paulo Freire é considerado um dos autores que mais contribuiu para a reflexão e inserção da educação popular em práticas de saúde. Embora sua prática pedagógica tenha sido voltada à educação formal de adultos, o referencial teórico por ele desenvolvido possui

grande influência nas práticas de educação popular. Ele mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, defendendo a articulação do saber, conhecimento, da vivência, comunidade, escola, do meio ambiente, traduzindo-se como um trabalho coletivo. A articulação proposta por Freire representa a interdisciplinaridade, atualmente muito discutida na educação e na saúde (MIRANDA; BARROSO, 2004). Sobre esse autor, discorreremos a seguir.

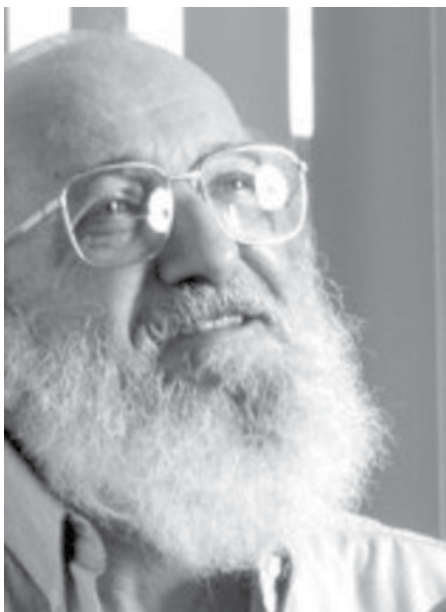


Figura 1 - Paulo Freire

Fonte: <http://acervo.paulofreire.org/xmlui/handle/7891/256>

### Paulo Freire

Paulo Freire (1921-1997) foi um educador, pedagogista e filósofo. É considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial, declarado Patrono da Educação Brasileira. É autor de obras como: *Educação como prática da liberdade*, *Pedagogia do oprimido*, *Pedagogia da autonomia* e *Pedagogia da indignação*.



#### Link

Na página do Instituto Paulo Freire, você pode acessar o Centro de Referência Paulo Freire, para conhecer e fazer download da obra do autor. Conheça este precioso acervo no link: <<http://acervo.paulofreire.org/xmlui/handle/7891/2>>

Conheça, também, a página do Instituto Paulo Freire: <<http://www.paulofreire.org/>>

Paulo Freire desenvolveu seis pressupostos, **denominados de ideia-força**, fundamentais para uma prática educativa crítica e transformadora da realidade (FREIRE, 1979). Conheça-os.

- Toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e o contexto no qual ele está inserido.

Esta primeira suposição é muito importante, pois norteia todas as demais concepções.

- O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. A educação deve proporcionar ao indivíduo uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de transformar sua realidade.
- A partir da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, a construção de si mesmo e o ser sujeito.
- À medida que o homem se integra às condições de seu contexto de vida será capaz de refletir e obter para os desafios encontrados, transformando sua cultura.
- O homem cria cultura e faz história.
- A educação deve permitir que o homem chegue a ser sujeito, construa-se como pessoa, transforme a realidade, estabeleça relações de reciprocidade, faça cultura e história.

Das ideias-forças, fundamentadas por Freire, surgiram alguns conceitos formulados pelo autor, que foram utilizados na Educação e também na área da saúde, tais como: autonomia, problematização, diálogo, conscientização e liberdade. A Figura 2 apresenta esses conceitos, sobre os quais será discorrido a seguir:



Figura 2 – Pressupostos fundamentais utilizados na educação e na saúde

A educação em saúde é um importante instrumento para se promover a participação ativa das pessoas na conquista de sua autonomia. Entende-se como **autonomia** a capacidade que o sujeito possui em autodeterminar-se, escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido culturalmente em função de suas necessidades e interesses. Caracteriza-se pela responsabilização, autodeterminação, decisão, autoavaliação e compromissos a partir da reflexão de suas próprias experiências e vivências (CARVALHO; STRUCHINER, 2005; FLECK, 2004). Besen e colaboradores (2007) destacam que a autonomia permite que o indivíduo escolha entre as alternativas e as informações, que lhe são apresentadas, de forma esclarecida e livre.

Paulo Freire já nos dizia:

Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões que vão sendo tomadas (FREIRE, 1996).

Por meio da **problematização**, o educador propõe aos educandos a reflexão crítica da realidade, no sentido de produzir uma ação transformadora. A problematização parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas (MIRANDA; BARROSO, 2004; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Para Miranda e Barroso (2004), a **conscientização** é um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito, podendo transformar o mundo, e, assim, possibilitando o desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

Outro pressuposto importante é o **diálogo**. Para Paulo Freire (1994), o diálogo é uma condição básica para o conhecimento,

(...) é uma necessidade existencial. É o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar. É necessário amor, humildade, fé no homem, criatividade, criticidade e esperança.

Miranda e Barroso (2004) destacam que Paulo Freire criticou o monólogo existente nos círculos educacionais vigentes, onde só o professor ou educador tem voz, introduzindo o conceito do diálogo. Com isso, reconhece-se que ambos, educador e educando, são sujeitos no ato de, criticamente, conhecer a realidade e de recriar esse conhecimento.

A **liberdade** é uma conquista e exige uma busca permanente dos sujeitos. Paulo Freire dizia que a libertação é um doloroso parto do qual nascerá um novo ser humano. Segundo esse autor, não existe

educação sem liberdade de criar e de propor o que e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo os seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e da cultura (MIRANDA; BARROSO, 2004; FLECK, 2004; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

É de grande importância conhecer e apropriar-se desses conceitos para refletirmos sobre as ações de promoção e de educação em saúde, desenvolvidas nos serviços.

## Relação entre promoção da saúde e educação em saúde

Segundo Nakamura (2013), a maioria dos trabalhos de produção científica na área da Farmácia, relacionada à promoção da saúde, relatam atividades descritas como de promoção da saúde em farmácias comunitárias, tendo como sujeitos do estudo os próprios farmacêuticos e, em menor proporção, os usuários.

Os trabalhos relacionados à prática do profissional se limitam a descrever atividades realizadas em programas pontuais, propondo materiais e práticas, como *folders*, palestras e aconselhamento farmacêutico; atividades educativas em temas mais amplos, especialmente, relacionados aos cuidados com o uso de medicamentos; e a avaliar a opinião do farmacêutico ou a satisfação do paciente quanto aos serviços realizados. As ações estão mais limitadas em ações informativas unidirecionais, focadas no saber profissional e na sua disposição para informar ou prestar aconselhamentos, tendo a mudança de estilo de vida dos indivíduos como o objetivo principal (NAKAMURA, 2013).

A partir da análise de Nakamura (2013), é possível concluir que as ações de educação em saúde, propostas nesses estudos, seguem uma lógica preventivista e não construtivista, com enfoque na mudança de estilo de vida dos indivíduos, o que não gera autonomia e, ao contrário, pode resultar em maior dependência da população em relação aos profissionais.



### Reflexão

Muitas ações reconhecidas como educação em saúde ainda são voltadas para as populações carentes como forma de adestramento e indução da mudança de comportamento. Será que esse tipo de ação visa à mudança da situação e/ou a conquista da autonomia dos indivíduos?

Por vezes, as atividades de educação em saúde propostas tendem a ser desenvolvidas sem considerar as situações de risco de cada comunidade, desenvolvendo-se, aparentemente, como um fim em si mesmas. O profissional de saúde assume a condição de “educador”, como “o que sabe”, em direção ao usuário dos serviços de saúde, na condição de “educando”, como “o que desconhece”.

Besen e colaboradores (2007), entendendo a importância de os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estarem aptos a trabalhar sob a lógica da Promoção da Saúde, investigaram a compreensão sobre educação em saúde desses trabalhadores. Os autores constataram que a formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais, uma vez que identificaram a predominância de discursos permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.

A Figura 3 ilustra o que se aborda nesta lição e sustenta a ideia de que a concepção de saúde e de promoção da saúde dos sujeitos, sejam eles trabalhadores ou usuários dos serviços, implicará práticas educativas a serem adotadas, demonstrando a relação intrínseca entre esses temas.



Figura 3 – Relação entre o conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde e a educação em saúde.

Refleta sobre este exemplo: está faltando albendazol na farmácia da unidade de saúde. Na reunião do Conselho Local de Saúde, houve uma reivindicação sobre a falta de medicamentos antiparasitários. Conhecendo o território e os usuários, sabe-se que as condições de

saneamento básico são precárias e que as crianças da comunidade costumam brincar na valeta de esgoto, que está aberta na rua. Considerando que a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença, e que uma das linhas da promoção da saúde é o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, a educação em saúde torna-se um instrumento fundamental no empoderamento da comunidade de que o problema, neste caso, está além da falta do medicamento. É preciso que a comunidade compreenda o problema e reivindique melhores condições de saneamento básico junto aos órgãos competentes, mediante a ação do controle social.

Após discutirmos a relação entre promoção da saúde e educação em saúde e os modelos de práticas educativas em saúde, vamos estudar, na próxima lição, os postulados e as Sete Teses sobre Educação em Saúde, propostos por Briceño-Léon.

## Lição 2 – Sete Teses sobre Educação em Saúde de Briceño-Léon

Nesta lição, você irá identificar os postulados e as Sete Teses sobre Educação em Saúde, propostos por Briceño-Léon, e refletir sobre eles, relacionando-os com a prática profissional. Vamos lá?

Para começar, é importante conhecermos quem é este autor. Briceño-Léon é venezuelano, sociólogo, doutor em ciências sociais, professor titular da Universidade Central da Venezuela, diretor do Laboratório de Ciências Sociais (LACSO), coordenador do Observatório Venezuelano de Violência (OVV), membro da *Woodrow Wilson International Center for Scholars* (Washington), e presidente da Associação Venezuelana de Sociologia. É membro do *Comité de Dirección para La Investigación Estratégica, Social, Económica y Ética, Programa Especial para la Investigación y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales*, da Organização Mundial da Saúde. É caracterizado como um cientista social da saúde, em virtude da sua valiosa contribuição na área da educação em saúde, voltada para a participação da comunidade.

Briceño-Léon, considerando a importância da participação ou não do indivíduo no controle de enfermidades, em seu artigo de debate sobre educação em saúde, publicado em 1996, estabeleceu dois importantes postulados que podem orientar a prática educativa com o objetivo de promover a participação comunitária: **é necessário conhecer o ser humano e, é necessário contar com o ser humano.** Ou



Figura 4 - Roberto Briceño-Léon

Fonte: <<http://www.derechos.org.ve/2010/09/10/ovv-20-743-homicidios-impunes-en-caracas-durante-10-anos/el-sociologo-roberto-briceno-leon/>>

seja, somente conhecendo o indivíduo e suas particularidades será possível desenvolver ações sanitárias eficientes e permanentes; e não se pode cuidar da saúde de outra pessoa, se ela não quer fazê-lo sozinha.



### Reflexão

Como nós, profissionais de saúde, podemos conhecer o indivíduo e contar com ele?

### Conhecer o indivíduo significa conhecer:

- As **concepções de saúde e doença** presentes na vida de cada indivíduo, pois, conforme **Moacyr Sciliar**<sup>3</sup> (2007),

[...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito.

Para algumas pessoas, a saúde é o antônimo de doença, para outros é sentir-se bem. Alguns acreditam que a saúde e a doença só dependem do comportamento do próprio indivíduo, enquanto outros acham que ambas resultam da “vontade de Deus” ou de forças sobrenaturais e espirituais. Dessa forma, a compreensão das diferentes concepções está intimamente relacionada às dinâmicas de cuidado existentes e irá nortear a organização das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

- Os **hábitos de vida**, já que o estilo ou modo de viver de um indivíduo ou grupo pode interferir no processo saúde/doença, assim como no cuidado. Entretanto, os hábitos de vida não devem ser reduzidos a escolhas individuais, passíveis de controle, principalmente quando se trata de população marginalizada, onde o contexto político, econômico e social precisa ser considerado. O indivíduo não pode ser “culpado” por problemas de saúde, cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade. Para Buss (2002), os comportamentos e hábitos de vida dependem de condições objetivas de oferta, de demanda, do consumo, dos modismos e não exclusivamente de uma escolha das pessoas.
- Os **determinantes sociais**, uma vez que fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde,

Médico gaúcho, especialista 3 em Saúde Pública e doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública. É considerado um dos escritores mais representativos da literatura brasileira contemporânea e autor de 74 livros em vários gêneros: romance, conto, ensaio, crônica, ficção infantil-juvenil, escreveu, também, para a imprensa. Os temas dominantes de sua obra são a realidade social da classe média urbana no Brasil, a medicina e o judaísmo.



educação e saneamento, podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco em uma população. Isso indica que indivíduos em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Assim, se faz necessário que as condutas a serem adotadas considerem os determinantes sociais, mas também estimulem a sociedade para tomada de consciência e atuação sobre esses determinantes.



### Ambiente Virtual

Para melhor entendimento do assunto, recomendamos a leitura dos seguintes textos: *História do Conceito de Saúde*, de Sciar, e *A Saúde e seus Determinantes Sociais*, de Buss e Pellegrini Filho, ambos publicado no periódico *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. Os textos estão disponíveis na Biblioteca.

**Contar com o indivíduo**, segundo Bricenó-Léon (1996), é considerar e respeitar a liberdade e a capacidade individual de aceitar ou não uma intervenção. As ações de saúde autoritárias podem ser justificadas em casos de epidemias, quando a sociedade deve ser mais protegida e os direitos coletivos estão acima dos direitos individuais, como, no caso da dengue, quando se faz necessário entrar na casa ou na propriedade das pessoas, mesmo sem consentimento, em prol de um benefício comum. Entretanto, em condições não epidêmicas, é difícil sustentar a ideia de impor proteção ao indivíduo, sem a vontade dele. Então, nesses casos, torna-se mais fácil considerá-lo um ignorante social ou alguém com incapacidade física e/ou mental para decidir, e, portanto, protegê-lo mesmo que ele não queira.

Na prática diária, comumente, os profissionais de saúde se colocam como detentores do saber técnico e desprezam todo o conhecimento prévio do sujeito, utilizando estratégias de convencimento e até mesmo repressão frente a hábitos considerados não adequados. Esse tipo de posicionamento não considera as situações sociais, políticas e econômicas relacionadas às condições de saúde, que influenciam o processo de cuidado (BRICENO-LEÓN, 1996; VASCONCELOS, 2004; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007).



## Reflexão

E você, como atua frente ao processo saúde/doença/cuidado? Você se coloca como detentor do saber e impõe hábitos considerados adequados, sem considerar as múltiplas variáveis envolvidas nesse processo? Ou, você se preocupa em conhecer o sujeito em seu contexto social e cultura, permite a sua participação no processo e utiliza de vocabulário, ferramentas e estratégias adequadas àquele contexto?

Conhecer o indivíduo e compreender a sua lógica de pensamento e ação, considerando a influência dos determinantes sociais, é fundamental para estabelecimento de vínculo entre profissional-usuário/família/comunidade e para abertura da participação ativa dos sujeitos, tanto nos seus processos terapêuticos individuais, quanto nas intervenções mais amplas que buscam a transformação da realidade das comunidades (CARVALHO; GASTALDO, 2008; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A partir desses dois postulados descritos, Briceño-Léon (1996) desenvolveu Sete Teses sobre Educação em Saúde com o intuito de orientar práticas de educação sanitária. São elas:

- I. A educação não é apenas o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.
- II. A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.
- III. Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes.
- IV. A educação deve ser dialógica e participativa.
- V. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.
- VI. A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento esforço-recompensa.
- VII. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Essas Teses precisam ser conhecidas, compreendidas e trabalhadas previamente e durante qualquer ação de educação sanitária junto ao indivíduo ou à coletividade. Vamos conhecê-las e refletir sobre elas?

## Tese I. A educação não é apenas o que acontece nos programas educacionais, mas em toda a ação sanitária.

A educação não é apenas resultado de programas educacionais, realizados por meio de folhetos, cartilhas, palestras, grupos e/ou materiais audiovisuais, mas é resultante de toda e qualquer ação de saúde. As ações desenvolvidas, por si só, transmitem mensagens a indivíduos que possuem vivências subjetivas e objetivas e estas serão interpretadas conforme sua cultura e inserção social (ARAÚJO, 2006; MARTIN-BARBERO, 2009). É importante destacar que toda ação de saúde gera uma ação educativa que pode ser implícita ou explícita, formal ou informal, intencional ou não. Portanto, quando não há preocupação com a dimensão pedagógica, as ações de saúde, mesmo quando pensadas para melhorar algum aspecto sanitário, ou seja, com boas intenções, podem gerar resultados contrários aos esperados ou mensagens deseducadoras (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Mas, como podemos evitar ou minimizar que isso aconteça?

- Refletindo sobre o que será trabalhado, para quem e como será trabalhado.
- Desenvolvendo e utilizando habilidades de comunicação.
- Tendo clareza sobre qual é o resultado esperado.
- Analisando as intenções dos atores que executarão determinada ação.

Um exemplo desta Tese, no exercício da prática farmacêutica, pode ser remetido a uma farmácia onde o usuário retira medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica. A estrutura física é precária, com caixas de medicamentos espalhadas pelo chão, e a dispensação dos medicamentos é realizada de forma desorganizada e pouco criteriosa (sem registro e sem necessidade de apresentação da prescrição). De forma não intencional, pode-se reforçar aos usuários a percepção de que a qualidade dos medicamentos entregues é inferior a dos demais medicamentos disponíveis no mercado. Em contraposição, a aquisição e dispensação dos medicamentos constantes no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, seguem os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, podendo reforçar a ideia de que estes medicamentos, em virtude da documentação exigida, são mais valiosos e apresentam qualidade superior àqueles. Outro exemplo pode ser visualizado na comunicação ao usuário sobre as reações adversas de um determinado medicamento. Se durante a dispensação, o profissional apenas menciona uma longa relação de

efeitos adversos ou simplesmente entrega um documento citando-os, sem esclarecer ou explicar, provavelmente, o usuário ficará receoso em tomar a medicação e não adira ao tratamento. Esses são cuidados simples, que, porém, dão coerência ao que se fala nas atividades educativas e nas orientações em saúde.

## Tese II. A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.

O objetivo da educação não é preencher o vazio da ignorância, mas transformá-lo e, para isso é necessária uma ação crítica, mas, ao mesmo tempo, respeitosa e solidária. Segundo Alves (2005, p. 48), o

[...] objetivo da educação é transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que as práticas educativas sejam emancipatórias.

Infelizmente, é comum encontrarmos profissionais de saúde com o entendimento de que os usuários são semelhantes a copos vazios, cabendo ao profissional enchê-los com o conhecimento, seja sobre a doença, os medicamentos, os hábitos de vida, entre outros. Segundo Chiesa e Veríssimo (2001), nos serviços de saúde ainda há predominância de um modelo assistencial que privilegia ações curativas, com uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais. Por exemplo, a realização de grupos educativos é uma das principais oportunidades para praticar a negociação, a corresponsabilização e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade (MACHADO; WANDERLEY, 2011). Entretanto, em virtude desse modelo, atividades consideradas participativas, como os grupos, são organizadas, prioritariamente, como aulas expositivas ou palestras, quase inexistindo espaço para discussões ou manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).



### Reflexão

E você, integra ou já integrou alguma atividade considerada “participativa”, como grupos de hipertensão, diabetes, gestantes, entre outros? Como foi a sua experiência? Você procurou, ao participar, conhecer um pouco mais sobre os outros participantes do grupo?

No desenvolvimento de práticas educativas, é importante reconhecer que todos os indivíduos têm conhecimentos, crenças e percepções sobre um tema particular, “todo mundo é um copo cheio”.

A bagagem de saberes não pode ser considerada incorreta, inadequada ou má, sob a óptica do saber científico e técnico, e ser apagada ou desconsiderada no momento em que o profissional da saúde faz uma intervenção educativa.

É preciso considerar e conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e as percepções do indivíduo para trabalhar sobre eles no sentido de contribuir para a transformação desses em saberes novos. Portanto, é fundamental respeitar os conhecimentos alheios e ser solidário no compartilhamento de informações, lembrando que as mensagens serão reinterpretadas pelo indivíduo, com base em seu contexto, e o que ficará é o que “fizer sentido” para ele.

Se você, farmacêutico, conversa com o usuário utilizando uma linguagem técnica sobre a doença dele ou os medicamentos que ele usa/usará, provavelmente, isso será abstrato ou não fará sentido para ele, e o resultado esperado não será alcançado. Logo, a intervenção educativa, provavelmente, não terá efeito algum.

Nesse processo, não apenas o usuário modifica-se, mas também o profissional, pois este, para alcançar os resultados esperados, deve conhecer o usuário e adequar as informações ao contexto dele, de modo que elas sejam compreendidas por ele. Além disso, esse processo abre a possibilidade de negociação entre indivíduo e profissional para adoção de mudanças que melhorem o estado de saúde, contribuindo para o êxito da atividade educativa.

### **Tese III. Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes.**

Todos têm conhecimento, “todos são um copo cheio”! Assim, já que ambos possuem conhecimento, o processo educativo não deve ser unidirecional, , mas bidirecional, em que ambas as partes terão o compromisso de transformar os seus próprios saberes (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Paulo Freire acreditava no aprendizado recíproco,

afirmando que o conhecimento deve ser compartilhado com o objetivo de transformar os saberes existentes (FREIRE, 2009). Mas, para que isso seja possível, torna-se fundamental respeitar o saber do outro.



### Reflexão

Pare neste momento e reflita sobre como foi o seu último contato com os usuários do serviço. O processo educativo estabelecido foi bidirecional? Você reconheceu o saber do usuário? Se não, pergunte-se por que isso não aconteceu.

A partir do intercâmbio entre os saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, fortalecendo a confiança do usuário nos serviços e nos profissionais, e proporcionando mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos. Essas mudanças ocorrem por meio do intercâmbio e da transformação dos saberes existentes e não pela persuasão ou autoridade do profissional (ALVES, 2005).

A relação bidirecional permite o intercâmbio de saberes entre profissionais de saúde e usuários que dominam os usos de plantas medicinais. Conforme Gomes e Merhy (2011), o diálogo diante de práticas, como a fitoterapia, é relevante, pois, identificando os usos das plantas por parte da população, os profissionais podem enriquecer seus arsenais terapêuticos; ao mesmo tempo, podem orientar algumas incorreções no manejo de plantas medicinais que já foram cientificamente comprovadas, como efeitos adversos e contraindicações de determinadas substâncias.

Outro exemplo simples, porém comum, têm-se ao fazer o aprazamento dos horários de tomada de medicamentos, quando, muitas vezes, sugerimos sempre os mesmos horários para determinados medicamentos (ex. diurético pela manhã). Será que esse é o melhor horário de tomada do medicamento para todos os usuários? Experimente perguntar, antes, como o usuário faz. Muitas vezes ele vai apresentar estratégias, nas quais você nunca havia pensado.

Os profissionais da saúde se detêm na literatura científica e nos guidelines e, por vezes, se esquecem de que podem aprender muito com o usuário, afinal é ele quem melhor conhece o seu corpo e sua mente e precisa conviver diariamente com a doença e com os medicamentos. Assim, perde-se a possibilidade de detectar ou prevenir problemas relacionados à administração de medicamentos e de aprender alternativas para o manejo da doença e das reações adversas.

Quando um sintoma ou uma reação adversa não estão descritos ou previstos na literatura, isso não significa que ele não exista ou que não seja um problema de saúde importante para o indivíduo.

#### Tese IV. A educação deve ser dialógica e participativa.

Partindo da premissa de que todos os sujeitos envolvidos no processo educativo sabem algo, então, esse é um processo de diálogo entre saberes, no qual todos se comprometem a escutarem-se e a transformarem-se. Um processo dialógico é um processo participativo, no qual todos os envolvidos contribuem para construção do conhecimento, promovendo nos indivíduos o desenvolvimento de autonomia e co-responsabilização (FREIRE, 2009). Isso implica que todos atuem da mesma forma, embora com papéis distintos, sem predominância ou dominação de nenhuma das partes. Nesse processo, não há um que manda e os outros obedecem, um que desenha e os outros aplicam (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Um processo participativo envolve o confronto de perspectivas e prioridades, em que as do profissional de saúde são tão válidas e legítimas quanto as da comunidade (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Um exemplo que pode ser utilizado para ilustrar esta Tese é a discussão sobre o que os termos **compliance e adherence**<sup>4</sup> significam para a nossa área. O primeiro estaria mais centrado na ideologia biomédica e implica uma posição prescritiva e de superioridade do profissional da saúde frente ao usuário, o qual é visto como um cumpridor de recomendações. O indivíduo doente é tratado com pouca (ou nenhuma) autonomia para desobedecer às recomendações do profissional. Na relação profissional-usuário, o comportamento do doente e o controle da situação é parte do profissional. O segundo

4 A análise dos temas compliance, adherence e concordance é importante para uma reflexão sobre a adesão à terapêutica medicamentosa, uma vez que autores, como Leite e Vasconcellos (2003), apontam que não há consenso entre os estudiosos sobre essa temática, variando os conceitos e o foco para compreender o fenômeno da adesão, que pode estar no usuário ou em fatores externos a ele.

procura ressaltar a perspectiva do indivíduo, considerando-o como um ser capaz de decidir, de forma consciente e responsável, por seu tratamento. Todos os indivíduos têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais (GONÇALVES *et al.*, 1999). Um termo relativamente novo na literatura, *concordance*, é uma combinação obtida após negociação entre o indivíduo e o profissional de saúde, respeitando as crenças e os desejos do primeiro em decidir se sobre quando e como os medicamentos serão tomados (HORNE *et al.*, 2005).

Somente com a participação ativa da comunidade é possível promover uma educação que estimule o senso crítico, o conhecimento sobre os determinantes sociais e biológicos das doenças e as formas de intervir não só na sua realidade individual, mas sobre o ambiente e a sociedade.

### **Tese V. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.**

A confiança é fundamental para o êxito de qualquer ação. Um dos pontos essenciais da Declaração de Alma-Ata, documento resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978), referia-se à importância da educação como promotora da confiança e do estímulo para participação e envolvimento da comunidade no planejamento, gestão e prestação de cuidados primários. Portanto, para conseguir a participação e a atuação das pessoas, é necessário que elas confiem em si mesmas e acreditem que têm capacidade para resolver seus problemas e manter sua saúde, e que as ações executadas terão resultados.

Se um indivíduo acredita que alcançará uma meta, fará esforço especial para alcançá-la, mas, se não crê em seu potencial, nada fará. As ações que realizamos todos os dias se fundamentam na expectativa de futuro. É essa previsão ou expectativa de resultado que leva o indivíduo a se comportar de determinada forma (BRICENO-LEÓN, 1996).

Quando profissionais de saúde se colocam como detentores do saber e se consideram capazes de atuar sem a participação da comunidade, estão agindo de forma a minar a confiança que os indivíduos possam ter em si mesmos e eliminar qualquer possibilidade de participação (VERDI; BÚCHELE; TOGNOLI, 2010).



Por exemplo, no caso do tabagismo, se o indivíduo não confia na sua capacidade de parar de fumar, mesmo recebendo medicamento e acompanhamento psicoterapêutico, ele não alcançará o objetivo proposto, pois ficará dependendo das intervenções externas. Dessa forma, quando não há confiança, estabelece-se uma relação de dependência entre o indivíduo/comunidade e o profissional ou o Sistema de Saúde, tornando-o mero receptor de favores, sempre aguardando que algo seja feito em favor dele, já que é incapaz de resolver alguma coisa. Esse tipo de conduta reflete a concepção paternalista do Estado, que desestimula e serve como obstáculo para a participação comunitária.

Uma situação similar acontece na judicialização, relacionada ao acesso a medicamentos, em que os indivíduos consideram que o medicamento adquirido é resultado da intervenção do médico, do advogado ou de um político, e não porque se trata de um direito do cidadão, estabelecido na Constituição.



### Reflexão

Isso lhe parece familiar? Acontece em seu município ou Estado?

Essa situação, do ponto de vista social, pode facilitar práticas de corrupção política. Mas, é possível verificar que, quando os indivíduos se empoderam e compreendem o funcionamento do Sistema, aprendem a lidar com as situações e os obstáculos que o Sistema cria para manter o domínio e o controle. Cria-se, então, consciência da manipulação social.



### Ambiente Virtual

Para saber mais sobre as motivações e percepções de usuários sobre a judicialização, como forma de acesso aos medicamentos, ilustrando a visão paternalista do Estado, leiam o artigo de Leite e Mafra, de 2010, intitulado *Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina*. O artigo está disponível na Biblioteca.

Nesta Tese, “recompensa” 5 não deve ser entendida em uma perspectiva reducionista, como, por exemplo, condicionar a entrega dos medicamentos à participação em uma palestra.

## Tese VI. A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-recompensa<sup>5</sup>.

A educação não pode ser apenas verbal. A Tese VI vem complementar o que foi exposto na Tese anterior, na qual o reforço do tipo verbal torna-se agora um reforço do tipo prático, em que os indivíduos precisam acreditar que suas ações terão resultados, e que estes realmente existem. A ação educativa deve estar acompanhada de conquistas obtidas por meio de esforço e definição de metas desafiadoras, como um estímulo à inteligência. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém conquistas, há a ideia de que o esforço está associado à conquista.

Aqui é retomada a importância do “fazer sentido”, em que, se o indivíduo não compreender e assimilar as informações repassadas pelo profissional da saúde e não perceber que o esforço está relacionado a um resultado concreto, é pouco provável que ele seja aderente a uma dieta com restrição de carboidrato para auxiliar no controle do diabetes, por exemplo.

Entretanto, esta Tese não pode ser interpretada descontextualizada e reduzida à culpabilização do indivíduo - por este não se “esforçar” em eliminar da sua dieta os carboidratos refinados-, ignorando as condições sociais e culturais em que ele está inserido, e apoiando-se à ilusão liberal de que o sucesso na vida depende, exclusivamente, do esforço individualista. Essa visão foi criticada na Carta de Otawa (1986), a qual destacou que a promoção da saúde não está relacionada apenas à mudança de hábitos de vida individuais, mas envolve outros aspectos, como políticas públicas, participação comunitária, ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde.



### Reflexão

Aproveitando o exemplo da restrição de alimentação no controle da diabetes apresentado nesta Tese, vamos conferir: já paramos para pensar o quanto isso implica no convívio social do indivíduo? O que significa para ele não poder participar de um almoço de família, no qual todos celebram e saboreiam uma macarronada, por exemplo? Ao invés de culpabilizar o indivíduo por não seguir as recomendações, devemos tentar compreender qual é o sentido desse ato para o usuário. Somente assim, poderemos contribuir para que o esforço faça sentido para ele.

## Tese VII. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

A participação comunitária não exime ou substitui a responsabilidade individual, ao contrário, uma boa política de estímulo à participação deve promover o interesse e o compromisso de cada indivíduo com as metas em saúde.

Conforme Briceño-León (1996), há dois tipos de participação comunitária: a individual familiar e a coletiva. A partir dessa perspectiva, a participação comunitária é compreendida como uma ação desenvolvida pela sociedade civil, diferente das medidas executadas pelo Estado.

A individual familiar refere-se a ações desenvolvidas por uma pessoa ou um grupo familiar com interesses comuns. Nesse caso, há uma relação direta entre as ações exercidas e os benefícios obtidos, os quais não são compartilhados com outros indivíduos ou famílias. Na coletiva, as ações são realizadas por um grupo de indivíduos, mas não há uma relação restritiva entre as atividades executadas e os benefícios alcançados, uma vez que eles são públicos ou coletivos, portanto, torna-se impossível discriminar àqueles que participaram ou não de sua realização.

Na individual familiar, há um aumento na responsabilidade de cada indivíduo, onde cada um sente-se obrigado a alcançar suas próprias metas de bem estar e saúde, e torna-se claro que se não houver produção, não haverá resultado. Já, na lógica da ação coletiva, há aqueles que não participam da ação e também se beneficiam dos resultados, isso ressalta a importância de promover a solidariedade e o voluntariado, porque, caso contrário, torna-se impossível a efetivação de obras com natureza coletiva (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Portanto, as ações educativas devem ser capazes de: promover a responsabilidade individual para a conquista de seus próprios benefícios, compreendendo que esta responsabilidade varia de acordo com os diferentes contextos e experiências de vida, sem culpabilizar os indivíduos e; desenvolver mecanismos de cooperação e construção solidária, visando o desenvolvimento de ações coletivas (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Estes objetivos contrariam os pressupostos da ideologia liberal, na qual cada indivíduo deve lutar pelos seus sonhos e conquistar seus objetivos, o que enfraquece as lutas pelos objetivos coletivos.

Esta Tese está muito relacionada ao empoderamento comunitário, onde indivíduos empoderados, atuando de forma cooperativa, são capazes de alcançar ótimos resultados, incluindo modificações nas políticas públicas.

A própria conquista do SUS, por meio do Movimento da Reforma Sanitária, foi conduzida pela sociedade civil que lutava pelo fim da ditadura militar, contra o complexo médico-industrial e por um sistema único de saúde, e, por conta disso, hoje todos os brasileiros usufruem desta conquista.

No âmbito da assistência farmacêutica, um exemplo de cooperação comunitária foi a garantia do acesso universal e gratuito a medicamentos antiretrovirais para o tratamento do HIV/AIDS, implantado no início da década de 1990 e garantido por Lei em novembro de 1996, quando organizações não-governamentais e indivíduos soropositivos, contribuíram para a conquista do direito de acesso a estes medicamentos.

A socióloga Maria Cecilia de Souza Minayo, ainda em 1996, compartilhou uma reflexão sobre as Teses propostas por Briceño-Léon. Segundo ela, entre as sete teses

[...] as três primeiras são negativas e críticas, já as quatro últimas são propositivas. O autor denuncia o fracasso da pedagogia impositiva; os modelos de investigação e ação fundamentados na ideia de que o outro faz tal coisa “errada” porque é ignorante. Realiza uma crítica relevante ao modelo investigativo americano denominado CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas), importado ingenuamente para nossa realidade. Por fim, chama atenção para o tipo de educação unidirecional. Propõe [...] uma educação dialógica e participativa, que reforce a confiança da população em si mesma; que utilize o modelo pedagógico esforço-resultado a partir de metas passíveis de serem conquistadas e, por fim, o fomento da responsabilidade individual e da cooperação (MINAYO, 1996, p. 20-21).



### Ambiente Virtual

Recomendamos a leitura do artigo *Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária*, de Roberto Briceño-León, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*. O artigo está disponível na Biblioteca.

Embora já se tenha passado quase 20 anos da publicação destas Teses, percebe-se que o conteúdo abordado por meio delas é atual, senão novo para alguns, visto que, no âmbito da prática diária, a postura assumida por grande parte dos profissionais de saúde ainda

é unidirecional e impositiva. Isso está muito relacionado ao modelo de formação universitária que tivemos, o qual tem sido reestruturado por meio de mudanças curriculares, iniciadas em 2002. Além disso, a formação continuada ou permanente dos profissionais de saúde tende a preencher as lacunas deixadas pela graduação. Dessa forma, esperamos que os postulados e as sete Teses propostos por Briceño-Léon e discutidos nesta lição contribuam para o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para o exercício na atenção à saúde.

### Lição 3 – Um olhar sobre os materiais educativos utilizados nos serviços de saúde

Caro estudante, esta lição foi desenvolvida com o objetivo de estimular a reflexão sobre questões consideradas essenciais na elaboração e utilização de materiais educativos.

Assim como já mencionado na lição anterior, a educação não se resume ao que acontece nos programas educacionais, ela permeia toda a ação sanitária. Dessa forma, a educação em saúde se faz presente nas conversas informais, nas salas de espera, e no encontro entre usuário e profissional, onde as práticas pedagógicas comunicativas constroem a vontade coletiva; motivam a participação; suscitam novas subjetividades nas pessoas em relação à sua saúde, à doença e aos serviços de saúde (PEDROSA, 2007).

Em programas educacionais, assim como nos outros espaços e formas de interação, um recurso muito utilizado para contribuir nas práticas educativas são os materiais educativos. Conforme pontuado por Araújo (2006), quando elaboramos materiais educativos, produzimos sentidos, os quais são definidos como os significados e as interpretações produzidos frente a um processo de interlocução entre sujeitos, entre sujeitos e instituições e entre instituições (ARAÚJO, 2006; MARTIN-BARBERO, 2009).

Sendo assim, parte-se da premissa de que os **materiais educativos** atuam como **mediadores na produção de sentidos (no “fazer sentido”)**, na medida em que são dispositivos pelos quais determinados valores, conceitos e políticas ganham *status* de verdade e determinam práticas sociais específicas em torno dos discursos sanitários (KELLY-SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Grande parte dos materiais educativos ainda se resume ao modelo informacional, que, normalmente, visa apenas mudanças comportamentais e considera o emissor (quem faz o material) o detentor do conhecimento, e o receptor (quem recebe o material)

um sujeito passivo e acrítico (ARAÚJO, 2006; MEYER *et al.*, 2006; NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009). O grande desafio a ser superado é fazer com que o emissor e o receptor, denominados interlocutores, interajam de forma dialógica, articulando os vários contextos e modificando o significado de suas histórias e de seus saberes (ARAÚJO, 2004; CARVALHO, 2007; FREIRE, 2009; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009; KELLY-SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Na área da farmácia, é muito comum encontrarmos publicações reconhecidas como ações de educação em saúde, principalmente as utilizadas em grupos relacionados ao uso de medicamentos, envolvendo temas como: hipertensão, diabetes, asma, tabagismo. Ao analisarmos essas publicações, verifica-se que a maioria tem o foco centrado em cuidados específicos relacionados à doença ou ao medicamento.

Dessa forma, considerando a importância dos materiais educativos na produção dos sentidos; e que, comumente, esses materiais são elaborados de forma centralizada e destinados à população em geral - sem considerar as especificidades referentes a determinados grupos e contextos e sem contemplar a relação cotidiana entre profissionais e usuários -, faz-se necessário refletir sobre a elaboração desses dispositivos.



### Reflexão

Você já parou para pensar como são elaborados os materiais educativos?  
O que deve ser levado em consideração para a sua elaboração?

Previamente, e durante a elaboração de qualquer material educativo, é fundamental ter em mente *para quê* e *para quem* esse material será destinado, e *de que forma* ele será produzido e distribuído. Nos materiais educativos, a concretude é fator determinante para que haja um processo comunicativo, porém, ainda, grande parte dos materiais prioriza uma abordagem textual, eminentemente conceitual e abstrata (ARAÚJO, 2006).

Os materiais educativos podem ser elaborados para diversos públicos: usuários, outros profissionais de saúde, conselheiros de saúde, e diversos outros atores. Enfocaremos, aqui, a elaboração de materiais voltados para os usuários dos serviços de saúde.

Em um estudo realizado por Oliveira (2012), observou-se que nenhum dos 28 materiais analisados apresentava indicação explícita quanto ao público alvo; já, no estudo realizado por Luz e colaboradores (2003), verificou-se que, entre os 18 materiais analisados, apenas cinco especificavam tal indicação. No trabalho desenvolvido por Nogueira, Modena e Schall (2009), também foi encontrado resultado semelhante, sendo que os autores associaram este achado ao modelo fragmentado do processo comunicativo, em que é enfatizado apenas o caráter instrumental do processo comunicativo, no qual é desconsiderada a heterogeneidade dos receptores, bem como a sua capacidade de interpretação crítica. Segundo os mesmos autores, há uma tendência de aproximar os indivíduos em suas generalizações e não em suas especificidades, o que remete à noção de público elástico, numa tendência, diretamente, correlacionada à preocupação distributiva por parte do emissor (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009). Como reflexo, os materiais produzidos podem ser descontextualizados, apresentando falta de adequação do conteúdo, do formato, da linguagem e das ilustrações utilizadas (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007).

Alguns fatores são fundamentais no processo de comunicação e podem influenciar positiva ou negativamente a compreensão e a interpretação do receptor, tais como: utilização de informações confiáveis, formato e diagramação do material, linguagem adotada, ilustrações e cores (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Em relação ao formato, a mensagem que se deseja trabalhar poderá ser propagada por meio de material escrito (impresso ou eletrônico) ou de recurso áudio-visual, cabendo ao emissor selecionar a forma mais adequada ao seu propósito, de modo a possibilitar uma comunicação efetiva. Entre os diferentes formatos, o escrito impresso (cartilhas, folhetos, livros, *folders*, cartazes etc.), por ser considerado o de maior credibilidade e de maior aceitação pelos receptores, é amplamente utilizado para se veicular mensagens de saúde (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006).

Por outro lado, há algumas restrições ou limitações em relação ao uso do escrito impresso, em virtude de dificuldades de leitura que podem estar relacionadas tanto à inadequação do material, quanto às características do leitor, principalmente às referentes ao seu grau de escolaridade. Essas limitações podem ser minimizadas por meio da utilização de uma linguagem simples, associada à utilização de recursos iconográficos, como vídeos, fotos, esquemas, entre outros (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006).

Segundo Kelly-Santos, Monteiro e Ribeiro (2010), a lógica panfletária, utilizada em alguns casos, está focada na disseminação maciça de informação, perpetuando a vigência de modelos verticais de comunicação. Na tentativa de construir um vínculo mais próximo e direto com o receptor, o emissor tem utilizado uma variedade de formatos, tais como adesivos, jogos, calendários, cartões postais e telefônicos, cordéis e histórias em quadrinhos.

É essencial que a linguagem adotada seja compreensível e acessível ao público alvo, por isso torna-se importante conhecer a forma como ele se expressa e o vocabulário ou os termos utilizados e empregados por ele. Desse modo, será possível evitar mal-entendidos, que possam determinar conceitos e ações inapropriadas.

O vocabulário deve ser coerente com a mensagem, ser convidativo, de fácil leitura e entendimento. Fatores como o uso frequente de polissílabos, termos técnicos, siglas e palavras complexas dificultam a leitura e a compreensão do texto (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Um estudo qualitativo, desenvolvido sobre acesso a medicamentos em uma população de baixa renda do município de São Paulo/SP, resultou em uma cartilha denominada *Remédio Gratuito: tudo que você precisa saber para conseguir seu remédio*. Tal cartilha é um exemplo positivo, que merece destaque pela linguagem simples e compreensível e pelas ilustrações pertinentes ao tema, refletindo a clareza da pesquisadora sobre o objetivo do material elaborado (*para quê*) e do público alvo (*para quem*) (BELLO, 2009).

A prática normalizadora-curativa é recorrente nos materiais educativos e demarca o lugar dos interlocutores no processo comunicativo, sendo que o emissor é o que detém o poder de mostrar e de fazer o outro crer na informação ofertada e o receptor aparece como um sujeito “opaco” (sem rosto, sem voz) e desprovido de capacidade interpretativa. Frases elaboradas no modo imperativo representam esse tipo de prática e caracterizam o discurso instrutivo, o qual evidencia a autoridade e o saber do emissor (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; OLIVEIRA, 2012). Exemplos de tal discurso podem ser observados nas frases: “Não se esqueça de tomar o medicamento!” e “Prevenir a hipertensão é uma escolha. Só depende de você!”. Esse tipo de discurso não considera o diálogo e as múltiplas variáveis que interferem nas suas escolhas individuais e



coletivas, resultando na culpabilização dos indivíduos pelas escolhas de hábitos e estilos de vida.

Em alguns casos, o conhecimento técnico-científico é adotado como um recurso para impressionar, confundir e/ou reforçar o modelo biomédico (KELLY-SANTOS, MONTEIRO, RIBEIRO, 2010), por exemplo: “Esse medicamento é altamente teratogênico”; “Vacine-se contra Influenza H1N1”. Nesses fragmentos, verifica-se a adoção de uma linguagem técnica que, possivelmente, não será compreendida por um público alvo que não tenha proximidade com a área, demonstrando uma comunicação distanciada entre o emissor e o receptor.

Em contrapartida, o uso de palavras no diminutivo tende a infantilizar o usuário, mostrando-o como incapaz de compreender a ação desenvolvida, como nos exemplos: “Oi, mãezinha, veio pegar o remedinho?”, “Espere só um pouquinho, mas a receitinha está vencida” e “Vamos marcar uma consultinha”.

Quando o emissor se coloca no lugar do receptor, há uma atitude de compartilhar o acontecimento narrado, sendo denominado **discurso dialógico**. Comumente, faz-se uso da primeira pessoa na tentativa de buscar a adesão do receptor e estabelecer um diálogo (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; OLIVEIRA, 2012). Esse discurso pode ser exemplificado na frase: “Como faço para pegar os remédios na farmácia do posto de saúde?”. Entretanto, nem sempre a utilização da primeira pessoa pode significar uma comunicação dialógica, podendo representar apenas uma estratégia de *marketing*.

As ilustrações (desenhos, imagens, fotografias, símbolos), quando utilizadas de forma adequada, complementando e reforçando a informação contida no texto, possuem valor cognitivo, conferem maior legibilidade e compreensão do texto, atraem o leitor, e despertam e mantêm o seu interesse pela leitura (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005; MIALHE; SILVA, 2008; COUTINHO; SOARES, 2010; OLIVEIRA, 2012). Entretanto, é necessária atenção, pois as ilustrações, frequentemente, são percebidas como uma representação do real, enquanto legitimação da verdade, o que pode ocasionar uma exigência de fidelidade e correspondência ao real (ARAÚJO, 2006; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007). Imagens e desenhos familiares ao público alvo, com ambientação a partir de elementos conhecidos, podem favorecer a comunicação (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006). Por exemplo, um relógio representando a hora certa para a tomada de um medicamento pode ser facilmente interpretado por um receptor que faz uso de relógio e que sabe verificar a hora por meio dele; entretanto, para alguém que não faz uso desse utensílio, a mensagem pode passar despercebida.

Os desenhos caricatos podem desqualificar a informação em virtude da ausência de conexão com a realidade conhecida, e, ao invés de acentuar o caráter lúdico, podem deslegitimar o conteúdo veiculado (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006), assim como atribuição de características humanas ou lúdicas ao medicamento podem descaracterizá-lo como insumo essencial às ações de saúde e minimizar a necessidade de cuidado frente a sua utilização.

O que, para alguns ilustradores e *designers*, pode representar apenas um recurso a mais de estilo; para os receptores, cada detalhe traz uma informação a ser considerada na produção dos sentidos (ARAÚJO, 2006), tal como a representação de um copo dosador, referenciando a dose certa a ser tomada, sem escala de dosagem aparente ou, então, a ilustração de uma pessoa desprovida de orelha para complementar um texto, cuja mensagem refere-se à importância de ouvir um profissional da saúde.

As características socioculturais devem ser representadas por meio de figuras humanas ilustrando diferentes segmentos populacionais e sociais, sem induzir a preconceitos e reforçar estereótipos.

A ilustração das diferentes características é fundamental para que os emissores se identifiquem com o material, reconhecendo as mensagens ofertadas e contribuindo para o alcance do objetivo proposto.

Quanto ao gênero, grande parte dos materiais destinados à área da saúde representa o profissional de saúde por meio da figura masculina, sendo que a figura feminina está comumente relacionada a mulheres comuns (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009; ROSSI *et al.*, 2012). O profissional de saúde, caracterizado com vestimentas brancas, distinguindo-o dos demais, vem reforçar o caráter higienista e o saber biomédico da saúde, em que o conhecimento dos profissionais é considerado soberano e o da população desvalorizado ou desconsiderado.

Ainda em relação às ilustrações, faz-se necessário mencionar que: as dimensões das ilustrações devem ser próximas ao contexto real, por exemplo, a ilustração de um comprimido com dimensões maiores do que as reais pode influenciar a adesão ao tratamento ou maximizar o seu potencial terapêutico; desenhos estilizados podem não ser entendidos por alguns receptores; e gráficos e tabelas, em geral, são pouco compreendidos (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003;

ARAÚJO, 2006; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007; OLIVEIRA, 2012; ROSSI *et al.*, 2012).

Cores chamativas e vivas agregam ao material apelo visual, o que, dependendo do receptor, podem resultar mais atrativas do que o conteúdo técnico, embora deixem o material, esteticamente, mais interessante. Assim, as cores devem ser utilizadas com sensibilidade e cautela, para não deixar o material visualmente poluído ou para não atribuir características ilusórias ao desenho (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; OLIVEIRA; CONDURU, 2004; ROSSI *et al.*, 2012), como uma pílula na cor dourada, pois pode repassar a ideia de excessivo valor econômico ou conferir ao medicamento características de “super-medicamento”.



### Ambiente Virtual

Para melhor compreensão do processo de análise de materiais educativos, recomendamos a leitura do texto *Um novo olhar sobre a elaboração de materiais didáticos para Educação em Saúde*, de Rossi e colaboradores, publicado na revista Trabalho, Educação e Saúde. O artigo está disponível na Biblioteca. Acesse!

Embora durante a elaboração do material se tenha considerado todos os elementos aqui relatados, a versão preliminar de todo e qualquer material educativo deve passar por uma fase de avaliação, contando com a participação de profissionais com conhecimento em produção desse tipo de material, de profissionais de saúde envolvidos com o público alvo e do próprio público a que se destina a mensagem (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005). Essa fase assegura a qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, ao estilo, à apresentação, eficácia apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

É importante destacar, que esses materiais não se tratam de instrumentos para modificar hábitos e comportamentos, mas de ferramentas capazes de promover a reflexão, a transformação de saberes e a inclusão dos usuários no processo, ou seja, é essencial que eles produzam sentidos. Os materiais educativos podem contribuir na melhoria da compreensão e do entendimento sobre o processo terapêutico; na adesão ao tratamento; na minimização dos danos causados pelo uso inadequado de medicamentos; e na ampliação da autonomia do usuário sobre a sua terapêutica.

Portanto, faz-se necessário otimizar a utilização desses dispositivos, planejando, previamente, cada um dos materiais que se pretende desenvolver, ou validando e analisando se os materiais repassados estão compatíveis com as especificidades e características dos receptores locais. Durante o planejamento ou a análise, respeitar os conhecimentos do usuário é fundamental para ampliar a capacidade de questionar, refletir, decidir e agir, bem como para o compartilhamento da informação, uma vez que as mensagens serão reinterpretadas pelo usuário sob o seu contexto, e o que ficará é o que “faz sentido” para ele.



### Ambiente Virtual

Recomendamos a leitura do texto *Grupos de Mulheres e a elaboração de material educativo*, de Diercks, Pekelman e Wilhelms, publicado no Caderno de Educação Popular e Saúde, nas páginas 68 a 74. O texto traz um exemplo de construção participativa de materiais educativos, adequados à realidade social, econômica e cultural de um grupo de mulheres e de suas comunidades. O Caderno de Educação Popular e Saúde está disponível na Biblioteca.

Diante do exposto, fica o desafio aos profissionais de saúde de trabalharem com a temática e manterem uma visão crítica sobre os materiais educativos, de forma a contribuir para a construção de um processo de aprendizado mútuo e que, efetivamente, colabore para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do processo de trabalho em saúde.

Finalizamos o estudo desta unidade com uma frase de Nelson Mandela: *Se você falar com um homem numa linguagem que ele compreende, isso entra na cabeça dele. Se você falar com ele em sua própria linguagem, você atinge seu coração.*

### Análise crítica

A educação em saúde é uma prática social, que contribui para a formação da consciência crítica dos indivíduos a respeito dos seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e a organização para a ação individual e coletiva. Nesse sentido, é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS.

Quando não consideramos a autonomia dos indivíduos, a educação, muitas vezes, é compreendida como treinamento/capacitação. É preciso que sejam desenvolvidas ações de educação em saúde, numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa, e que contribua para a autonomia do usuário, pautada na horizontalidade entre os sujeitos. A finalidade da ação de educação em saúde é a transformação.

Você pode estar se perguntando: como fazer isso? Não há um modelo a ser prescrito. É preciso que você reflita sempre sobre suas práticas e, principalmente, reconheça o saber que cada um dos indivíduos possui. Lembre-se de que sempre aprendemos no processo de educar.

O material educativo é sempre uma tentativa de intervir em uma realidade. Geralmente, nesses materiais, há um predomínio do discurso normativo e prescritivo. Propomos, aqui, um olhar diferenciado e crítico sobre a produção e utilização desses materiais, para que eles realmente contribuam no processo de aprendizagem em saúde.

## Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v.9, n.16, p. 39-52, 2005.

ARAÚJO, I. S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, v.8, n.14, p. 165-178, 2004.

ARAÚJO, I. S. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. P. (org.). **Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-69.

BARROS FILHO, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. **Jornal de Pediatria [online]**, v. 80, n.1, p. 1-3, 2004.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: **O território e o processo saúde-doença** (ebook) [s.d.]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=1&prioridade=1>>. Acesso em: 06 fev. 14.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 117 p.

BELLO, C. B. **Acesso a medicamentos: experiência da população de baixa renda, na Região do Butantã, Município de São Paulo, 2009**. São Paulo, 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 130p.

BESEN, C. B., *et al.* A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p.7-30, 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2000, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. Promoção da Saúde da Família. **Rev. Programa Saúde da Família**, dez. 2002. p. 50-63.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-37.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p.77-93, 2007.

CARVALHO, M. A. P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 91-101.

CARVALHO, M. A. P.; STRUCHINER, M. Um Ambiente Construtivista de Aprendizagem a Distância: Estudo da Interatividade, da Cooperação e da Autonomia em um Curso de Gestão Descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. Texto EaD para a Associação Brasileira de Educação à Distância (ABED). 2005. Disponível em: <[http://www.abed.org.br/site/pt/midiатеca/textos\\_ead/701/2005/11/um\\_ambiente\\_construtivista\\_de\\_aprendizagem\\_a\\_distancia\\_estudo\\_da\\_interatividade\\_da\\_cooperacao\\_e\\_da\\_autonomia\\_em\\_um\\_curso\\_de\\_gestao\\_descentralizada\\_de\\_recursos\\_humanos\\_em\\_saude\\_](http://www.abed.org.br/site/pt/midiатеca/textos_ead/701/2005/11/um_ambiente_construtivista_de_aprendizagem_a_distancia_estudo_da_interatividade_da_cooperacao_e_da_autonomia_em_um_curso_de_gestao_descentralizada_de_recursos_humanos_em_saude_)>. Acesso em: 11 fev. 14.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, supp.2, p. 2029-2040, 2008.

CHIESA, A. M.; VERISSÍMO, M. R. A educação em saúde na prática do PSF. In:BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

COUTINHO, F. A.; SOARES, A. G. Restrições cognitivas no livro didático de biologia: um estudo a partir do tema “ciclo do nitrogênio”. **Revista Ensaio**, v. 12, n. 2, p. 137-150, 2010.

DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R.; WILHELMS, D. M. Grupos de Mulheres e a elaboração de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 68-74.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

FLECK, C. M. **Autonomia na educação segundo Paulo Freire**. 2004. 97 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Regional de Blumenau - FURB, Blumenau, 2004.

FREIRE, P. **Conscientização**: Teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.1, p.7-18, 2011.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D., MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p. 777-787, 1999.

HORNE, R.; WEINMAN, J.; BARBER, N.; ELLIOTT, R.; MORGAN, M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. London: NHS, 2005. Disponível em: <[http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful\\_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf](http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 14.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 857-867, 2009.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. P. G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 32, p. 37-51, 2010.

KELLY-SANTOS, A.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 205-218, 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.



LEITE, S. N.; MAFRA, A.C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 1665-1672, 2010.

LUZ, Z. M. P.; PIMENTA, D. N.; RABELLO, A.; SCHALL, V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, p. 561-569, 2003.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. **Educação em saúde [Recurso eletrônico]**. Curso de Especialização em Saúde da Família. São Paulo - SP: Universidade Federal de São Paulo, 2011. 13 p.

MARTIN-BARBERO, J. **Dos meios às mediações**: comunicação, cultura e hegemonia. 6. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, v. 44, n. 2, 2008.

MINAYO, M. C. S. Debate sobre o artigo de Briceño-León. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v.12, n.1, p. 20-21, 1996.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

MOREIRA, M. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

MOREIRA, C.; BARREIROS, J. T. **A Promoção da Saúde prescrita**: ações e contradições na Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

NAKAMURA, C. A. **O que faz o farmacêutico no NASF? Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um município do sul do Brasil**. 163 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Departamento de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 3, p. 169-79, 2009.

OLIVEIRA, G. L. A. **Prevenção e controle da dengue no município de Sabará/MG**: análise de materiais educativos impressos e das representações sociais de agentes de controle de endemias. Belo Horizonte, 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. 200p.

OLIVEIRA, R. L.; CONDURU, R. Nas frestas entre a ciência e a arte: uma série de ilustrações de barbeiros do Instituto Oswaldo Cruz. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, n. 2, 2004.

PEDROSA, J. I. S. Cultura Popular e Identificação Comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. P. 71-100.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1161-1171, 2007.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2012.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 14, n. 1, p. 77-85, 2012.

ROSSI, S. Q.; BELO, V. S.; NASCIMENTO, B. W. L.; SILVA, J.; FERNANDES, P. C.; SILVA, E. S. Um novo olhar sobre a elaboração de materiais didáticos para Educação em Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 161 - 176, mar./jun. 2012.

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

VASCONCELOS, E. M. Formar bons lutadores para a saúde. **Nós da Rede - Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde**, n. 7, p. 2-3, 2004.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v.14, n.1, p. 82-88, 2005.

VERDI, M. I. M.; BUCHELE, F.; TOGNOLI, H. **Educação em saúde [Recurso eletrônico]**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. 44 p.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; SOUZA, T. T. **Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]**. Curso de Especialização em Saúde da Família. 2. ed., rev. e ampl. Florianópolis - SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 96 p.

## **Autora**

### **Fabiola Bagatini Buendgens**

Possui graduação em Farmácia-Bioquímica, habilitação Análises Clínicas (2007) e mestrado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC (2010). Integrou o grupo técnico responsável pelos trâmites das solicitações de medicamentos via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica na Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Atuou como professora substituta do Departamento de Ciências Farmacêuticas, na Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente, é doutoranda do Programa de Pós-graduação em Farmácia, e é farmacêutica da Coordenação técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - Educação a Distância, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina e financiado pelo Ministério da Saúde. Tem experiência na área de Farmácia, atuando, principalmente, nos seguintes temas: Assistência Farmacêutica, Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Avaliação Econômica em Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/3792961510125223>

### **Fernanda Manzini**

Graduada em Farmácia, especialista em Saúde da Família/modalidade Residência e mestre em Farmácia, ambos pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Compõe a Diretoria do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina - SindFAR/SC (2012-2015) e da Escola Nacional dos Farmacêuticos (2013-2016). É conselheira do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis/SC (2013-2015) e do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina (2015-2018). É farmacêutica da Coordenação técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - Educação a Distância uma parceria da UFSC e do Ministério da Saúde, e servidora da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis/SC. Tem experiência na área de Farmácia e de Saúde Coletiva, atuando, principalmente, nos seguintes temas: Assistência Farmacêutica, Controle Social, Avaliação em Saúde e Gestão da Assistência Farmacêutica.

<http://lattes.cnpq.br/1917157621712374>



# UNIDADE 3

MÓDULO 8

## **UNIDADE3-ESTUDOSDOSASPECTOSTÉCNICOSE LEGAIS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS HOMEOPÁTICOS VISANDO À SUA INSERÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

### **Ementa da unidade**

- Fundamentos da filosofia homeopática e da história da homeopatia no Brasil.
- Medicamentos homeopáticos: características, farmacotécnica, aspectos legais.
- Aspectos legais da produção de medicamentos homeopáticos no Brasil.
- Estratégias para a organização da assistência farmacêutica em homeopatia nos municípios brasileiros.

**Carga horária da unidade: 15 horas**

### **Objetivos específicos de aprendizagem**

- Compreender as aplicações da homeopatia em nossa vida prática.
- Discutir a preparação do medicamento homeopático.
- Identificar os aspectos técnicos e legais relacionados aos medicamentos homeopáticos.

### **Apresentação**

Ao longo deste estudo, você aprofundará seus conhecimentos sobre como identificar os aspectos técnicos e legais, relacionados aos medicamentos homeopáticos que influenciam a gestão da assistência farmacêutica. Também reconhecerá como selecionar e qualificar os fornecedores de medicamentos homeopáticos bem como acompanhá-los. Além disso, você poderá contribuir para a socialização das informações sobre a homeopatia e as características

da sua prática em sua vida profissional, compreendendo a noção de cultura e suas implicações para a saúde, especialmente nas atividades relacionadas à utilização dos medicamentos.

Bom aprendizado!

**Conteudista responsável:**

Débora Omena Futuro

**Conteudista de referência:**

Débora Omena Futuro

**Conteudistas de gestão:**

Silvana Nair Leite  
Maria do Carmo Lessa Guimarães



# ENTRANDO NO ASSUNTO

## Lição 1 – Primeiro encontro: organizando o Programa de Homeopatia em Boticas

Agora, para dar início aos estudos, vamos acompanhar uma história fictícia, uma narrativa escrita especialmente para esta unidade, sobre a implantação do Programa de Homeopatia na cidade fictícia de Boticas. Confira!

### Auto de Boticas

Segunda feira... A semana começa tensa para o Sr. Ervacério Mota, secretário de saúde do município de Boticas. Há anos ele não enfrentava um desafio tão complicado: o prefeito Vitorioso de Pleito voltou da capital do Estado convencido de que era hora de organizar o Programa de Homeopatia no município. Boticas acabou de realizar um concurso público objetivando a contratação de médicos para as unidades de saúde, a exemplo de outros municípios da região. Agora o município vai contar com quatro médicos homeopatas no seu quadro de funcionários. – É, Ervacério! Você não imaginava que a coisa chegasse a esse ponto. Como se não bastassem todas as tarefas que você tem como secretário de saúde, o prefeito cisma em aplicar a tal da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Atendimento homeopático nas unidades de saúde, vá lá, mas querer que o acesso ao medicamento homeopático seja possível para o cidadão botiquense! E eu, que, mesmo enfermeiro, nem entendo de homeopatia! – pensa Ervacério a caminho do trabalho.

Ele nem aproveitou o fim de semana direito. Suas esperanças estavam todas na reunião que ocorreria em seguida, às 10h, com os dois farmacêuticos do município e a consultora indicada pela Secretaria de Saúde do Estado.

– Dona Luiza, – fala Ervacério para sua secretária assim que chega a seu escritório – organize a sala de reuniões para o encontro com o Manfredo do Prista e a Etilene Maydes, farmacêuticos do nosso município. Estamos esperando também a chegada da farmacêutica Dulcemara Solano, que vai chegar da Capital. Avise-me quando eles estiverem aqui.

Meia hora depois, lá estava Ervacério reunido com Manfredo e Etilene para explicar-lhes os motivos daquela reunião, agendada de última hora.

– Colegas, obrigado por vocês terem atendido ao meu chamado tão prontamente. Na última sexta-feira, o prefeito Vitorioso de Pleito me chamou em seu gabinete e contou sobre uma reunião de que ele participou com o secretário de saúde do estado, quando foram apresentadas

as propostas para a implantação das ações indicadas pela PNPIC. O Governo do Estado está disponibilizando um sistema de consultoria aos municípios interessados, visando organizar a inclusão da homeopatia na assistência farmacêutica. Nosso prefeito, para não perder a oportunidade, agendou esta reunião aqui com a consultora designada para a região, a farmacêutica Dulcemara Solano.

– Eu a conheço, Sr. Ervacério! – disse Etilene. – Já assisti a algumas de suas palestras na época da faculdade e quando recém-formada. Trata-se de uma homeopata bastante conceituada em nosso meio. Infelizmente não pude dedicar-me muito ao estudo da homeopatia na faculdade, mas acho que sua presença aqui será de grande ajuda.

– Você ao menos pôde ouvi-la falar. Na minha época de faculdade, e lá se vão muitos anos, a homeopatia era assunto de místicos. Por mais que eu saiba que esse é um tema de grande interesse na atualidade, não tive oportunidade de aprender nada sobre o assunto. – retrucou Manfredo.

– A assistência farmacêutica do município tem sido muito bem organizada por vocês nos últimos anos. Esta equipe tem conseguido bons resultados e, tenho certeza, de que, com a boa vontade de vocês, seremos capazes de resolver mais essa situação.

– Sr. Ervacério, – dona Luiza bate à porta – sua convidada chegou. Aqui está a Senhora Dulcemara Solano.

– Bom dia, colegas.

– Bom dia, Dulcemara. É um prazer recebê-la em nossa cidade.

Paremos por aqui a nossa história para nos perguntarmos: Se eu fosse um dos farmacêuticos dessa cena, em que posição eu me encontraria?

A vida profissional, muitas vezes, nos reserva surpresas que solicitam informações esquecidas na graduação ou até não conhecidas durante nossa formação. O ensino de farmacotécnica homeopática passou a ser obrigatório nas faculdades de Farmácia do Brasil a partir de 1952, com a Lei n. 1.552. No entanto, essa legislação deixou de ser cumprida a partir de 1960. Com a Resolução CNE/CES n. 2, de 2002, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia, as instituições de ensino superior (IES) tiveram que repensar sua prática pedagógica para adequar seus currículos à nova formação do farmacêutico. Assim, as faculdades precisaram definir as subáreas de conhecimento da Farmácia, que passariam a estar presentes nos currículos de graduação, entre elas, a farmácia homeopática. No entanto, em diversos cursos de Farmácia do país, a disciplina de homeopatia não possui um caráter obrigatório, mantendo esse hiato na formação do farmacêutico.

Para organizarmos ações de assistência farmacêutica, o conhecimento do medicamento é princípio básico de nossas discussões. No instante em que somos chamados a organizar a dispensação de determinado tipo de medicamento, é preciso que tenhamos noção de suas aplicações e possibilidades.



### Reflexão

Fica, então, a pergunta: O que eu conheço de homeopatia?

Refleta sobre esse assunto.

Agora, vamos seguir a história. Acompanhe os acontecimentos na cidade de Boticas!

### Depois dos primeiros esclarecimentos...

– Dona Dulcemara, seus esclarecimentos sobre as propostas da Secretaria de Saúde do Estado, quanto aos subsídios para a implantação de ações efetivas da assistência farmacêutica em homeopatia, foram muito importantes, mas eu preciso ser muito sincero com a senhora. – diz Manfredo no meio da conversa.

– É o que eu espero, Sr. Manfredo.

– Sabe, Dona Dulcemara, eu sou daquele farmacêutico das antigas. Homeopatia para mim foi um conteúdo que eu não estudei e sobre o qual não tive muito interesse em procurar saber. Não veja na minha atitude nenhum preconceito... Mas a vida, muitas vezes, não nos dá oportunidades!

– Fique tranquilo. Se o grupo tiver realmente interesse em organizar esse trabalho, eu estou aqui para ajudar, tentando esclarecer o assunto, eliminar as dúvidas e sugerir alguns temas para debatermos. Pelos planos do Governo do Estado, a consultoria que devo dar nos municípios inclui um treinamento a ser planejado por grupo, dependendo da necessidade de cada um.

– Puxa! Eu gostaria muito. Seria uma oportunidade de voltar a estudar!

– diz Etilene.

– Manfredo, não se acanhe! É uma boa oportunidade. Além disso, o prefeito está muito determinado a que os medicamentos estejam nas unidades de saúde o mais rápido possível. – retruca Ervacério.

– Mas vá acalmando o prefeito, Sr. Ervacério, pois a coisa não é assim tão simples. Serão necessários alguns encontros de estudos e outros

de planejamento para que tudo saia como determina a legislação e da melhor forma possível. – lembra Dulcemara.

– Tudo bem, Dona Dulcemara, Etilene e Ervacério. Estou dentro dessa empreitada. Vamos estudar!

– Ótimo! Para começarmos, vou deixar um texto introdutório sobre os fundamentos da filosofia homeopática para vocês estudarem. Podemos marcar encontros semanais aqui em Boticas. Há também um vídeo muito esclarecedor sobre a história da homeopatia que vou disponibilizar em nosso Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem para que vocês vejam. É importante que vocês assistam a esse filme.

– Eu disponibilizo esta sala de reuniões para que vocês se encontrem semanalmente. Dona Luiza, minha secretária, estará à disposição para o que for necessário. – fala Ervacério.

Caro estudante, o convite de Dulcemara é para você também, aceite-o para que possamos melhor compreender as aplicações da homeopatia em nossa vida.



#### Ambiente Virtual

Acesse o artigo *Fundamentos da Filosofia Homeopática*, elaborado pela conteudista Débora Futuro, disponível na Biblioteca.

Você, também, pode assistir aos vídeos que nossos colegas da história vão estudar para a próxima reunião. Vamos todos nos preparar para o próximo encontro com Dulcemara!



#### Ambiente Virtual

Assista também ao vídeo sobre a história da homeopatia. Aproveite! Trata-se de uma sequência de três vídeos sobre a vida de Hahnemann e a implantação da homeopatia no Brasil. Os vídeos estão disponíveis no AVEA.

## Lição 2 – Segundo encontro: preparação do medicamento homeopático

Agora, vamos voltar a Boticas e acompanhar o andamento da segunda reunião sobre a implantação da homeopatia na cidade. Confira a seguir.

– Olá, Luiza! Como você está? – cumprimenta Dulcemara, chegando ao gabinete da Secretaria de Saúde de Boticas, uma semana depois. – Seu fim de semana foi bom?

– Tudo tranquilo, Dona Dulcemara. Que bom que a senhora já chegou! O Sr. Manfredo e a Etilene estão à sua espera na sala de reuniões. Vou levar um café com biscoitos para vocês daqui a pouquinho. A senhora prefere um chá de cidreira, não é mesmo?

– Boa lembrança, Luiza. Um chá vai cair bem. Bom dia, colegas! – diz Dulcemara, entrando na sala de reuniões.

– Seja bem-vinda! – exclama Manfredo. – Tenho muito a agradecer à senhora.

– Vamos deixar o formalismo. O “você” cabe melhor em uma conversa entre colegas. Pelo que vejo, você ficou entusiasmado com o material que eu mandei. – observa Dulcemara.

– Manfredo e eu estávamos falando sobre os vídeos a que assistimos. É incrível como uma prática médica tão bem estruturada não seja mais bem difundida. Os conceitos que apoiam a homeopatia estão presentes na nossa vida e nós nem percebemos. Estive percorrendo os endereços eletrônicos que você sugeriu no e-mail e encontrei artigos que esclareceram muitas das minhas dúvidas.

– O que mais me impressionou foi a vida de Hahnemann. Esse sujeito era um sábio. Para sua época, ele tinha uma visão muito avançada. A medicina dos séculos XVII e XVIII era muito primitiva. Depois eu lembrei que ele foi contemporâneo de Pasteur, Claude Bernard – o iniciador dos estudos da fisiologia humana –, Faraday e Avogrado. Foi um período da história fervilhante para as ciências.

– Sim. Mas o impacto desses conhecimentos na vida da humanidade ainda estava longe de alcançar a prática médica. A grande vantagem da homeopatia está em seu próprio objetivo, isto é, encontrar uma prática em que ocorresse “o aniquilamento da doença em toda a sua extensão, de maneira mais curta, mais segura e menos nociva”, como dizia o próprio Hahnemann. Ele estava determinado a aplicar na vida prática suas descobertas.

– O interessante foi o método que ele desenvolveu para a observação dos medicamentos no homem sadio, na organização da matéria médica homeopática. Ele dá ao medicamento uma nova dimensão. Dulcemara, eu e Etilene ficamos muito impressionados com o material que você nos mandou ontem à noite. Eu nunca poderia imaginar que fosse encontrar medicamentos homeopáticos provenientes de animais, micro-organismos e secreções vegetais. O uso de medicamentos oriundos de plantas medicinais já era esperado. Muitas vezes se faz confusão entre a homeopatia e a fitoterapia.

– Hahnemann e seus seguidores testaram os recursos de que a medicina da época dispunha. – explica Dulcemara. – O uso de venenos e de tecidos animais como medicamentos era comum na medicina dos séculos XVII e XVIII. Lembremos, ainda, que Hahnemann era um dos maiores químicos de sua época. Sua curiosidade investigadora permitiu observar que as doenças que ocorriam em trabalhadores de determinadas minas da Europa tinham sintomas semelhantes ao efeito desses minérios no organismo. Ele relacionou as doenças às atividades físicas, aos ambientes insalubres, às atitudes morais e emocionais. Realmente, a proposta de Hahnemann era observar o homem por inteiro.

Essa reunião está sendo muito produtiva para toda a equipe da cidade de Boticas! Para que possamos acompanhar todo o conteúdo discutido na reunião, devemos ver o material indicado.



### Ambiente Virtual

Veja você também, na Biblioteca, o texto a que Manfredo e Etilene se referem, *Medicamento Homeopático*, elaborado pela conteadista Débora Futuro. Lá você encontrará exemplos de medicamentos homeopáticos de diferentes origens na natureza.

Agora que você já leu o conteúdo complementar, vamos retornar à reunião? Acompanhe!

– Nossa proposta hoje é discutir a preparação do medicamento homeopático. Começemos com os pontos de partida dos medicamentos de origem vegetal e animal, as tinturas-mãe. – ressaltou Dulcemara.

– Isso eu lembro, das aulas da graduação! – destacou Etilene. – As aulas do meu professor de homeopatia sobre a preparação das tinturas-mãe chamaram muito a minha atenção. Usando o que a memória não apagou, recordo que as tinturas homeopáticas são preparações básicas que dão origem, juntamente com outras drogas, a todos os medicamentos homeopáticos. Podem ser obtidas de vegetais frescos ou secos e de animais vivos, recém-sacrificados ou dessecados. A tintura-mãe é o resultado da ação extrativa ou dissolutiva de um insumo inerte hidroalcoólico ou hidroglicerinado sobre determinada droga vegetal ou animal por uma maceração ou uma percolação.

– Seu professor ficaria muito satisfeito ao ouvi-la agora. Assim é que a gente percebe quando uma aula foi bem dada; anos depois o conceito que foi apresentado ainda está em nós.

- Dulcemara, por que ela usou o termo “insumo inerte” em vez de “veículo extrator” ou “solvente”? – pergunta Manfredo.
- Em farmacotécnica homeopática, os veículos e os excipientes são chamados de insumos inertes. Esses insumos devem ser desprovidos de propriedades farmacológicas ou terapêuticas nas concentrações utilizadas para que não interfiram no efeito do medicamento. Portanto, eles são substâncias ou produtos usados para realizar e incorporar as diluições, e extrair os princípios ativos de drogas na elaboração das tinturas-mãe. As substâncias usadas como insumos inertes em homeopatia são a água, o etanol, a glicerina, a lactose e a sacarose. Todos esses insumos atendem às especificações de qualidade determinadas pela Farmacopeia Brasileira e pela Farmacopeia Homeopática Brasileira. – explicou Dulcemara.
- Dulcemara, eu me lembro ainda de que o meu professor dizia que era preciso ter cuidado ao selecionar um vegetal ou animal para preparar uma tintura homeopática. Os medicamentos que são preparados devem reproduzir os sintomas observados na experimentação patogênica. Então, a gente tem que saber não só qual espécie foi usada, mas também as condições em que ela se desenvolveu, qual parte foi usada anteriormente, e, principalmente, se o indivíduo que vai ser usado encontra-se saudável.
- Isso mesmo, Etilene. A qualidade da tintura-mãe bem como da substância de origem mineral que será usada para o medicamento homeopático deve ser a nossa principal preocupação. Deve-se ter em mente que modificações drásticas nas características desses insumos ativos resultarão em medicamentos diferentes daqueles usados pelos experimentadores, gerando sintomas diferentes daqueles esperados pelos médicos. Existem, então, os critérios químicos inerentes a qualquer insumo ativo farmacêutico, mas também o olhar sobre as especificidades homeopáticas não pode ser esquecido. Cada medicamento homeopático possui monografias em farmacopeias homeopáticas e compêndios homeopáticos nacionais e internacionais, que determinam suas condições de preparação e seus critérios de qualidade.
- Vamos, então, ver como o medicamento homeopático é preparado. – falou Dulcemara.
- Mas como, Dulcemara? Não estamos até agora falando de medicamentos homeopáticos?
- Manfredo, falávamos de tinturas-mãe. O medicamento homeopático tem uma condição especial. Há uma antiga definição da Farmacopeia Homeopática Brasileira que diz que “o medicamento homeopático é toda apresentação farmacêutica destinada a ser ministrada segundo o princípio da similitude, com a finalidade preventiva e terapêutica, obtida pelo método de diluições, seguida de succussões, e/ou triturações

sucessivas”. A dinamização é que o diferencia de uma preparação simplesmente diluída.

– Como assim, Dulcemara? – perguntou Manfredo.

– O processo de dinamização consiste na redução da concentração dos insumos ativos por meio de diluições seguidas de succussões ou de triturações sucessivas. Fica muito mais simples o entendimento da técnica quando podemos ver como o medicamento é preparado. Eu trouxe um vídeo feito pela equipe de um curso do Ministério da Saúde sobre a farmacotécnica homeopática para nós assistirmos e discutirmos juntos. Dona Luiza já preparou tudo.

Acompanhe também o vídeo e tire suas dúvidas sobre a preparação dos medicamentos homeopáticos.



### Ambiente Virtual

Assista ao vídeo *Farmacotécnica homeopática: parte 1* disponibilizado no AVEA.

Vamos voltar à narrativa e continuar observando os acontecimentos da reunião? Acompanhe.

– Dulcemara, as técnicas que nós vimos no vídeo preparam os medicamentos que ficam em estoque nos laboratórios. Quais são as condições de armazenagem dessas preparações?

– Etilene, as técnicas de dinamização que nós vimos no vídeo podem dar origem a medicamentos de estoque ou a formas farmacêuticas de dispensação. Os medicamentos que ficam estocados nos laboratórios de farmácias ou indústrias homeopáticas são chamados, na prática, de matrizes. Esses devem ser armazenados em frascos de vidro âmbar, bem fechados, protegidos do calor, da umidade e da luz direta, em ambiente com baixa incidência de radiações e de odores fortes.

– Essas preparações são as de estoque. Mas como são produzidas as preparações de dispensação, Dulcemara? – pergunta Manfredo.

– Os medicamentos homeopáticos podem ser usados tanto pela via interna quanto pela externa.

– Como assim? Podemos ter cremes, géis, pomadas homeopáticas? – pergunta Manfredo espantado.

– Sim, Manfredo. As aplicações do medicamento homeopático são muito variadas. A Farmacopeia Homeopática Brasileira descreve os métodos de preparação de 12 formas farmacêuticas de uso externo. Lá encontramos



recomendações para elaboração de preparações nasais e oftálmicas, talcos, supositórios retais e vaginais, cremes, pomadas, géis e linimentos.

– Uau! Eu nunca imaginei que houvesse medicamentos homeopáticos de uso externo.

– Eles são usados com menos frequência que os de uso interno, mas são prescritos por muitos médicos. As preparações de uso interno são comuns na vida prática.

– As preparações de uso interno são as mais conhecidas. Quando eu era criança, tinha uma tia minha que só tratava seus filhos com glóbulos. – lembra Etilene.

– Essa é a forma farmacêutica mais conhecida. Vamos, então, assistir à segunda parte do vídeo *Farmacotécnica homeopática: parte 2*. Vocês poderão ver como são preparadas as formas farmacêuticas líquidas e sólidas.

Você também pode assistir ao vídeo sobre a preparação de formas farmacêuticas de uso interno em homeopatia.



### Ambiente Virtual

Assista à apresentação das técnicas utilizadas para cada caso e analise-as no vídeo *Farmacotécnica homeopática: parte 2*.

Vamos ver o que aconteceu depois do desfecho da reunião? Acompanhe a continuação da história na cidade de Boticas.

A reunião termina tranquila. Dulcemara entra no carro oficial que a levará à capital do Estado. Ela se sente satisfeita, os resultados são muito promissores.

– Acho que estou conseguindo atingir meu objetivo. – pensa ela enquanto observa a paisagem da estrada. – Manfredo e Etilene têm se empenhado bastante em discutir os temas propostos. Os vídeos puderam exemplificar bem as etapas de preparação do medicamento. Espero que eles tenham tempo de se prepararem para o próximo encontro. Discutiremos as exigências legais para a produção de medicamentos homeopáticos. Deixei com eles o *Consolidado de normas da Coordenação de Fitoterápicos, Dinamizados e Notificados (Cofid)*, da Anvisa, o qual estabelece as instruções para o registro de medicamentos dinamizados e a *RDC n. 67/2007* sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias. Eu ficaria muito feliz se outros municípios também fizessem esse treinamento. A homeopatia e a população brasileira só sairiam ganhando.

Agora é sua vez. Leia os textos sugeridos por Dulcemara e prepare-se para as discussões da próxima reunião.



### Ambiente Virtual

Na Biblioteca, você encontra os seguintes documentos:

- Consolidado de normas da Coordenação de Fitoterápicos, Dinamizados e Notificados (Cofid), da Anvisa, no qual estão as instruções para o registro de medicamentos dinamizados.
- RDC n. 67/2007 sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias.

### Falando em gestão

Colega, me responda uma coisa: para que saber tudo isso sobre os fundamentos e o preparo dos medicamentos homeopáticos se a nossa intenção não é a de, nós mesmos, prepararmos os medicamentos?

Ah! Essa é fácil! Porque tomar decisão exige conhecimento sobre o objeto, o contexto e a natureza da organização em que trabalhamos. No nosso caso, a decisão sobre ofertar ou não algum tipo de medicamento, organizar um serviço, que envolve estrutura, profissionais, processos de trabalho, exige conhecimento sobre estes produtos: medicamento, sua conservação, cuidados, dispensação, profissionais habilitados, etc. Lembre-se: todo processo de decisão envolve escolhas, enfrentamentos, e, por isso, os estudiosos da área o consideram um processo em que se exercita o poder, ou seja, trata-se de um processo político. Nessa perspectiva, é necessário saber analisar bem a conjuntura, identificar possíveis parceiros e opositores. É preciso, também, conhecer as informações disponíveis e saber onde buscar informações confiáveis sobre os recursos necessários e os disponíveis, para se obterem os resultados que pretendemos alcançar. Tudo isso se constitui em práticas de gestão, e as estratégias a serem utilizadas garantem sucesso da empreitada. É necessário, portanto, saber reconhecer quem apoia nossas propostas e quem coloca resistências, quais as fontes de financiamento em curto, médio e longo prazo e, principalmente, não esquecer jamais quais resultados queremos alcançar e como serão avaliados.

## Falando em gestão

Por tudo isso é que consideramos importante conhecer, além dos aspectos específicos acerca dos medicamentos homeopáticos, outros aspectos relativos ao contexto em que atuamos, os recursos de que dispomos e os mecanismos de que podemos lançar mão para ampliar a oferta de qualidade de serviços de homeopatia. É dessa forma que gerenciaremos a assistência farmacêutica em cada um dos nossos territórios de atuação. É essa amplitude de olhar que nos faz gestores. Vamos seguir, então, conhecendo mais os serviços de homeopatia.

### Lição 3 – Terceiro encontro: legislação homeopática e parâmetros para a introdução do medicamento homeopático na Atenção Básica no município de Boticas

Agora, vamos testemunhar a terceira reunião no município de Boticas. Acompanhe.

Mais uma segunda-feira de encontro de Dulcemara e seus colegas botiquenses. Como sempre, a boa vontade de todos em aprender estimula as discussões.

– Dulcemara, estive estudando os documentos da Anvisa que você deixou conosco e fiquei impressionado como as coisas estão bem organizadas para que tenhamos segurança na utilização de medicamentos homeopáticos. Para os medicamentos homeopáticos industrializados, são exigidos critérios muito semelhantes aos esperados para os medicamentos alopáticos. Ao mesmo tempo, são respeitadas as peculiaridades dos medicamentos homeopáticos.

– Você tem razão, Manfredo. Como pudemos ver no Consolidado de Normas da Cofid, para o registro de medicamentos homeopáticos é exigido um dossiê de registro comum com relatório técnico de produção e controle de qualidade e com relatório de segurança e eficácia, além dos documentos como a licença de funcionamento da empresa, o Certificado de Responsabilidade Técnica, o protocolo da notificação da produção de lotes-piloto e os formulários de petição (FP) preenchidos, contendo todas as informações sobre composição do produto, nome comercial, forma farmacêutica, embalagens, prazo de validade e cuidados de conservação. Os resultados do estudo de estabilidade são apresentados no relatório técnico. A comprovação da segurança e eficácia do medicamento a ser registrado é apresentada nesse relatório, com embasamento nas matérias médicas homeopáticas, nas referências

bibliográficas reconhecidas pela Anvisa (IN n. 03/07), nos estudos clínicos e/ou toxicológicos, nas patogenias ou nas revistas científicas.

– Eu vi, ainda, que existe a possibilidade de se fazer a notificação simplificada desses medicamentos. – retruca Manfredo.

– Isso mesmo. A notificação simplificada é a comunicação à autoridade sanitária federal da fabricação, importação e comercialização de medicamentos de baixo risco à saúde, quando observadas todas as características de uso e qualidade descritas na RDC n. 199/06. É processada mediante peticionamento eletrônico, isento de taxa, no portal da Anvisa e não exige as empresas das obrigações do cumprimento das Boas Práticas de Fabricação e Controle e das demais regulamentações sanitárias. São passíveis de notificação somente os medicamentos dinamizados, que possuam um único insumo ativo isento de prescrição, conforme apresentado na “Tabela de potências para registro e notificação de medicamentos dinamizados industrializados” (IN n. 05/07). A notificação deverá ser solicitada individualmente para cada produto e forma farmacêutica, usando de modo obrigatório a denominação, conforme nomenclatura científica, não sendo permitida a adoção de marca ou nome de fantasia.

– Vai ficar mais fácil na hora de comprar esses medicamentos, pois eles têm regulamentação específica para os rótulos. As bulas de medicamentos dinamizados devem seguir o indicado pela RDC n. 47/09 quanto a sua forma e conteúdo. - disse Dulcemara.

– Dulcemara, quais são os requisitos para um farmacêutico ser responsável técnico de uma empresa homeopática?

– Manfredo, o Conselho Federal de Farmácia lançou as Resoluções n. 440/05 e n. 576/13, que considera habilitado para exercer a responsabilidade técnica de farmácia ou laboratório industrial homeopático, que manipule ou industrialize o medicamento homeopático, respectivamente, o farmacêutico que tiver cursado a disciplina de Homeopatia de, no mínimo, 60 horas, em um curso de graduação em Farmácia, complementadas com estágio em manipulação e dispensação de medicamentos homeopáticos de, no mínimo, 120 horas, na própria instituição de ensino superior, em farmácias que manipulem medicamentos homeopáticos ou em laboratórios industriais de medicamentos homeopáticos conveniados às instituições de ensino, ou que possuir o título de especialista ou o Curso de Especialização em Farmácia Homeopática que atenda às resoluções pertinentes, do Conselho Federal de Farmácia, em vigor.

– Fica muito legal poder voltar a estudar em grupo. Cada um de nós junta a experiência de vida com os conceitos novos, ficando mais rica a nossa compreensão do assunto. O Manfredo tem mais experiência do

que eu nas questões legais quanto ao registro de medicamentos. Vou poder aproveitar bem seus conhecimentos.

– Isso mesmo, Etilene. É sempre possível somar esforços e aptidões. – lembra Dulcemara. – Mas esses conhecimentos têm outra finalidade no dia de hoje. Eles vão nos ajudar a discutir o tema principal deste nosso encontro.

– Como assim, Dulcemara? – pergunta Manfredo.

– Precisamos começar a discutir o principal objetivo para a formação deste grupo de trabalho: a organização da assistência farmacêutica em homeopatia no município de Boticas.

– Ah, bom. Já estava ficando preocupada. Vamos lá, Dulcemara, o que você quer nos trazer de novo? – pergunta Etilene.

– O Ministério da Saúde ampliou o Elenco de Referência Nacional (ERN) para a assistência farmacêutica na Atenção Básica, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), esta em sua sétima edição, publicada em 2012. Nesse elenco, o Ministério procurou definir os medicamentos essenciais a serem utilizados na Atenção Básica, passíveis de financiamento com o recurso tripartite do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Segundo apresentado no Anexo I da Rename 2012, hoje dispomos de 12 fitoterápicos no elenco de referência, e os medicamentos homeopáticos devem ser preparados conforme a Farmacopeia Homeopática Brasileira, em sua terceira edição. Os documentos que citei irão nortear as nossas ações no trabalho, aqui no município. Eu trouxe uma cópia desse material para cada um de vocês. Vocês podem analisar com calma.

Vamos acompanhar a discussão de Dulcemara, lendo os documentos indicados por ela na história. Confira a seguir.



Acesse, no AVEA, os seguintes documentos:

- Tabela de potências para registro e notificação de medicamentos dinamizados industrializados (IN n. 05/07).
- Resolução n. 440/05, publicada pelo Conselho Federal de Farmácia, que dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia.
- Resolução n. 576/13, publicada pelo Conselho Federal de Farmácia, que dá nova redação ao artigo 1º da Resolução/CFF n. 440/05.
- Resolução GM/MS n. 1/12, que estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - 8ª edição.
- Anexos e Apêndice da Resolução GM/MS n. 1/12. O anexo I trata da Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, onde estão inseridos os medicamentos homeopáticos.
- Portaria GM/MS n. 1.555/13, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 9º trata das preparações homeopáticas.

Aproveite e faça um resumo esquemático sobre as orientações contidas nos documentos que se referem aos medicamentos homeopáticos e sua aquisição pelos municípios. Esse resumo será muito útil para você acompanhar as discussões futuras.

Agora, vamos voltar à nossa história!

– Dulcemara, agora eu percebi todo o processo de treinamento que você executou conosco. Para que possamos aplicar bem as ações indicadas nesses documentos, é preciso que se tenha algum conhecimento sobre as particularidades da homeopatia. Até algumas semanas atrás eu não tinha condições de planejar nada. Ficou mais fácil entender as dimensões da inclusão dos medicamentos homeopáticos na assistência farmacêutica de Boticas.

– É como eu sempre digo, Manfredo, para que nós possamos agir com confiança na organização de nossas ações na administração pública, precisamos buscar conhecimento técnico e legal sobre medicamento.

Como o medicamento homeopático é um produto que atende a regras próprias e diferentes daquelas com que estamos acostumados a trabalhar na nossa rotina, era preciso que nos dedicássemos ao seu estudo.

– Eu já estava convencido e agora fiquei ainda mais satisfeito por ter aceitado o convite do Ervacério para participar deste grupo.

– Bem, agora é com vocês. O que vocês acharam desses documentos?  
– provoca Dulcemara.

– Fiquei muito curiosa por saber como anda o processo de registro de medicamentos homeopáticos pela Anvisa. – inicia Etilene.

– Analisando os pedidos deferidos pela Anvisa para medicamentos dinamizados, podemos perceber que existem empresas nacionais e estrangeiras solicitando o registro de formulações homeopáticas. Algumas empresas também estão solicitando a notificação simplificada para os medicamentos com um único insumo ativo em sua composição. Mas grande parte da produção de medicamento homeopático no Brasil ocorre em farmácias homeopáticas.

– Chamou-me bastante atenção o fato de o Ministério da Saúde possibilitar ao município a contratação de farmácias de manipulação para o atendimento de preparações magistrais e oficinais, requeridas por estabelecimentos hospitalares e congêneres. – comenta Manfredo.

– A RDC n. 67/07, da Anvisa, regulamenta como essa contratação pode ser feita. Vocês estudaram essa resolução e puderam perceber que as Boas Práticas de Manipulação exigem desses estabelecimentos uma organização bastante criteriosa.

– É importante lembrar que, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), nas diretrizes ligadas à implantação da homeopatia, encontramos o compromisso de criar incentivos para implantação e/ou adequação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, na intenção de ampliar a oferta de medicamentos. – lembra Etilene. – Com certeza, essas farmácias públicas deverão atender ao que é disposto para as farmácias homeopáticas privadas.

– Agora, pensando no nosso problema, o que devemos fazer ao comprarmos os medicamentos homeopáticos para o nosso município?

– Manfredo, acho que você está fazendo essa pergunta cedo demais. Eu ainda estou me perguntando como descobrir quais são os medicamentos que nós vamos dispensar.

– Como assim, Etilene?

– Como nós estudamos, a homeopatia atende ao usuário em sua individualidade. Para o médico homeopata, cada usuário pode precisar de medicamentos diferentes de seus colegas que apresentem a mesma doença, dependendo dos seus sintomas. Nós precisamos

primeiro preparar um elenco de medicamentos homeopáticos para a Farmácia Básica municipal. Então, como saber quais os medicamentos o município deve comprar?

– Em mais de 200 anos de estudos e prática homeopática não houve interrupção nos estudos patogenéticos. Vários homeopatas têm se preocupado em ampliar o conhecimento dos medicamentos sobre o homem são. Alguns medicamentos sofreram maior volume de experimentações, alcançando um maior número de sintomas analisados. A prática clínica acabou apontando que alguns medicamentos apresentam maior aplicabilidade que outros. Hahnemann elaborou a primeira lista desses medicamentos, aos quais designou de policrestos. Essa palavra vem do grego *polys* (muito) e *khrestos* (benéfico), dando à palavra o significado de “que tem muitas aplicações”. Existem ainda os semipolicrestos, medicamentos homeopáticos com patogenesias muito ricas em sintomas, mas com uma aplicação clínica menor que a dos policrestos. Esses medicamentos estão presentes em toda farmácia homeopática. Nós temos também uma relação dos medicamentos mais utilizados em homeopatia, disposta no Capítulo 6 da Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição, que orienta a seleção de medicamentos. Aqui estão essas listas. – disse Dulcemara.

Vamos analisar os documentos. Confira cada um deles a seguir.



### Ambiente Virtual

Confira os arquivos publicados na Biblioteca:

- *Lista de policrestos e semipolicrestos*, extraído do livro Farmácia Homeopática: Teoria e prática.
- *Farmacopeia Homeopática Brasileira* (3ª edição / 2011).

Agora, vamos voltar à nossa narrativa. Acompanhe a reunião de estudos em Boticas.

– Bem, Etilene, eu vejo duas estratégias possíveis para a dispensação dos medicamentos homeopáticos em Boticas. No momento nós não temos condições de montar uma farmácia pública de manipulação de medicamentos homeopáticos. Seria um investimento financeiro e político muito grande para um projeto que se inicia agora. Talvez outros municípios tenham essa possibilidade. Portanto, devemos adquirir os medicamentos. Para mim, a questão é se nós iremos centralizar a dispensação,



determinando uma relação básica de medicamentos que estarão disponíveis nas unidades de saúde em que haja atendimento homeopático, ou se nós iremos receber as prescrições dos médicos e, então, enviar para manipulação em uma farmácia contratada e depois dispensar os medicamentos ao usuário, que terá que retornar à unidade de saúde.

– Manfredo, eu acho que, realmente, nosso município ainda não tem condições de montar uma farmácia pública de manipulação de medicamentos homeopáticos. – diz Etilene. – Precisaremos discutir primeiro a contratação de um farmacêutico homeopata. As farmácias de manipulação de Boticas ou dos municípios das redondezas estão em condições de nos atender no momento. Podemos, ainda, fazer uma busca pelas indústrias de medicamentos homeopáticos que atendem à nossa região e verificar se elas têm o que precisamos. Mas agora temos que ampliar nosso grupo de discussão. Precisamos convocar os médicos homeopatas que atendem nas unidades de saúde botiquenses.

– Você tem razão. Essa é uma decisão que devemos tomar em conjunto. Você está aí quietinha, Dulcemara. O que você acha?

– Estou orgulhosa de ver que a minha tarefa foi concluída.

– Como assim? – perguntam os dois ao mesmo tempo.

– No diálogo de vocês eu pude perceber que já consegui organizar em vocês as informações necessárias para iniciarem o trabalho. Agora, realmente, vocês precisam chamar para uma reunião os prescritores que trabalham com homeopatia no município e organizar as estratégias para permitir o acesso gratuito dos medicamentos homeopáticos para a população. As duas possibilidades indicadas são as mais razoáveis. Caso vocês optem pela elaboração de uma relação básica de medicamentos homeopáticos para Boticas, lembrem que é preciso estabelecer também quais são as dinamizações que estarão disponíveis e em que formas farmacêuticas. Se vocês optarem por realizar a manipulação específica de cada uma das prescrições feitas no município, não se esqueçam de que também será necessário que se elejam quais as dinamizações que serão atendidas e quais as formas farmacêuticas para que a verba destinada a esse projeto possa atender ao maior número de usuários.

– Há muito que fazer. Precisamos estabelecer as condições de armazenagem dos medicamentos homeopáticos e organizar as farmácias das unidades de saúde para atendê-las. Será preciso criar material informativo para a população e treinamento para os profissionais de saúde sobre homeopatia. Vamos precisar elaborar a licitação para a compra dos medicamentos...

– Calma, Etilene. Respire! – responde Manfredo. – Começemos pela conversa com os médicos. Vamos planejar esse encontro e pedir ao Ercavério que os convoque. Estudaremos o problema em conjunto.

Depois precisaremos da aprovação do prefeito Vitorioso de Pleito. Aí, sim, poderemos partir para as ações de organização do serviço.

– Bem falado, Manfredo. Assim vocês estarão bem seguros. Eu estarei à disposição de vocês para tirar qualquer dúvida.

– Dulcemara, você poderia estar conosco durante a reunião com os médicos? – pergunta Etilene com cara de criança pidona.

– Estarei com vocês sempre que necessitarem, apesar de eu não achar necessário. Vocês têm todas as condições de encaminhar as discussões. E será assim que eu me colocarei nessa reunião. São vocês que irão conduzi-la. Preparem-se.

– Estaremos prontos. – responde Manfredo. – Também acho que, na primeira reunião, seria bom que você estivesse, Dulcemara.

– Tudo bem. A Secretaria de Saúde do Estado está organizando um encontro no próximo semestre para avaliar os resultados da consultoria que estamos dando para a implantação da assistência farmacêutica em homeopatia. Vocês serão convidados a contar os resultados obtidos aqui em Boticas. Estou certa de que vocês terão muito a compartilhar e poderão auxiliar outros municípios com a experiência que viverão aqui.

– Dulcemara, muito obrigada por tudo.

O grupo continuou se reunindo. Em pouco tempo o entusiasmo de Manfredo e de Etilene já havia contaminado Ervacério, o prefeito Vitorioso de Pleito e os médicos homeopatas de Boticas. O início da dispensação de medicamentos homeopáticos no município foi um sucesso. Dulcemara estava feliz. Seu objetivo foi alcançado.

## Falando em gestão

Esse caso em Boticas nos remete a um forte conceito que Matus enfatiza: “O planejamento é o principal componente da capacidade de governo”. Para ilustrar um dos principais fundamentos do modelo de planejamento estratégico situacional que defende, Matus usa um diálogo entre a prática e a teoria, acompanhe.

“A professora, Dona Prática, pede à Senhorita Teoria Normativa: – Conjugue o verbo ‘planejar’. A senhorita obedece: – Eu planejo. – Continue, está indo bem, diz Dona Prática. – Já terminei, professora, responde a senhorita.

Perplexa, Dona Prática olha suas alunas. A Senhorita Situacional está ansiosa para falar e conjuga o verbo antes que lhe peçam: – Eu planejo, tu planejas, ele planeja etc.”

E o autor esclarece: “O primeiro princípio do Planejamento moderno é: Ninguém detém o monopólio do cálculo sistemático sobre o futuro”. Portanto, os colegas de Boticas seguem no bom caminho do agir planejado, pela busca por participação, colaboração e construção de um projeto compartilhado e, portanto, muito mais sustentável!

Nós também estamos no final de nossa empreitada.

Vimos no decorrer deste conteúdo importantes aspectos relacionados à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS, abordando, de maneira mais específica, os aspectos técnicos e legais da homeopatia. Ao conhecer a história da cidade de Boticas, podemos contextualizar a implantação do Programa de Homeopatia nas cidades brasileiras e verificar como todo o processo é importante. Atente para os fatores vistos no decorrer desta unidade para promover a qualidade do Programa de Homeopatia em sua região.

Vimos também como é importante manter-se sempre atualizado. Continue e aprofunde seus conhecimentos sobre o assunto!

Bom aprendizado!



### Ambiente Virtual

Concluimos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas.

## Análise crítica

A história *Auto de Boticas* ajudou a perceber que a implantação da homeopatia no SUS é uma alternativa viável e atende à expectativa do povo brasileiro. No entanto, para utilização dessa terapêutica, é preciso que seus fundamentos sejam conhecidos e que suas particularidades técnicas sejam respeitadas.

No período em que estivemos juntos, foi possível apresentar os aspectos filosóficos e técnicos que envolvem a homeopatia e a preparação dos medicamentos homeopáticos. Agora você tem condições de avaliar os impactos da introdução dessa terapêutica nos serviços de saúde da sua cidade.

Fica aqui o convite para que você venha se unir a nós nas discussões sobre a homeopatia no Brasil e a ampliação de sua aplicação em todo o sistema de saúde brasileiro.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Instrução Normativa n. 5, de 11 de maio de 2007. Dispõe sobre os limites de potência para registro e notificação de medicamentos dinamizados. Anexo I – Tabela de potências para registro e notificação de medicamentos dinamizados. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/homeopaticos/tabela\\_imites.pdf](http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/homeopaticos/tabela_imites.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 67, de 8 de outubro de 2007. Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias. Brasília, 2007. 90 p. Disponível em: <[http://200.214.130.35/dab/docs/legislacao/resolucao67\\_08\\_10\\_07.pdf](http://200.214.130.35/dab/docs/legislacao/resolucao67_08_10_07.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consolidado de normas da Cofid. Brasília, 2009. 19 p. Disponível em: <[http://sbfgnosia.org.br/Documentos/Consolidado\\_normas\\_COFID.pdf](http://sbfgnosia.org.br/Documentos/Consolidado_normas_COFID.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n. 440, de 22 de setembro de 2005. Disponível em: <[http://services.crfsp.org.br/site/farmacutico/legislacao/legislacao\\_shw.asp?id=684](http://services.crfsp.org.br/site/farmacutico/legislacao/legislacao_shw.asp?id=684)>. Acesso em: 10 ago. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n. 576, de 28 de junho de 2013. Dá nova redação ao artigo 1º da Resolução/CFF n. 440/05, que dispõe sobre as prerrogativas para o exercício da responsabilidade técnica em homeopatia. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/576.pdf>. Acesso em: 02 ago. 13.

FUTURO, D. O. O Medicamento Homeopático. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - Especialização a distância. Material didático. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

FUTURO, D. O. Fundamentos da Filosofia Homeopática. Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica - Especialização a distância. Material didático. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

INSTITUTO HAHNEMANNIANO DO BRASIL. História da homeopatia. Disponível em: <<http://www.ihb.org.br/dpub/producaoHistoriadahomeopatia.asp>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

## Autora

### Débora Omena Futuro

É professora de Farmacotécnica Homeopática da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói, Rio de Janeiro. Fez graduação em Farmácia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), concluindo o curso de Farmácia Industrial em 1985. Durante sua graduação, iniciou seus estudos em Homeopatia, participando do movimento que culminou no renascer da homeopatia no Brasil. Assim que terminou a faculdade, foi trabalhar no laboratório central da Nova Era Homeopatia, no Rio de Janeiro. A UFRJ foi sua casa de formação, à qual retornou em 1988 para fazer o Curso de Especialização em Farmácia, na área de Medicamentos. Depois, voltou para fazer o mestrado em Ciências Biológicas (Botânica) no Museu Nacional, concluído em 1993. Também emendou o doutorado em Química de Produtos Naturais no Núcleo de Pesquisas de Produtos Naturais (NPPN), terminado em 1997. Durante todo esse período de formação, não abandonou as atividades homeopáticas, participando de grupos de estudos, da organização de farmácias homeopáticas e do curso de formação de profissionais na área de Homeopatia e Fitoterapia. Terminado o doutorado, foi trabalhar no Laboratório de Pesquisa de Produtos Naturais de Farmanguinhos na Fiocruz, no Rio de Janeiro, onde permaneceu pelo período de 1998 até 2002. Este foi o ano em que retornou definitivamente às atividades homeopáticas. Entrou para a Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense para ministrar uma das disciplinas de Farmacotécnica Homeopática do curso de Farmácia. Atualmente, integra o grupo que organiza as atividades da Farmácia Universitária e do corpo de professores que ministra disciplinas e orienta trabalhos monográficos nos cursos de especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica, em residência em Farmácia Hospitalar e no mestrado em Ciências Aplicadas a Produtos para Saúde.

<http://lattes.cnpq.br/4778000970013767>

Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PÁTRIA EDUCADORA

