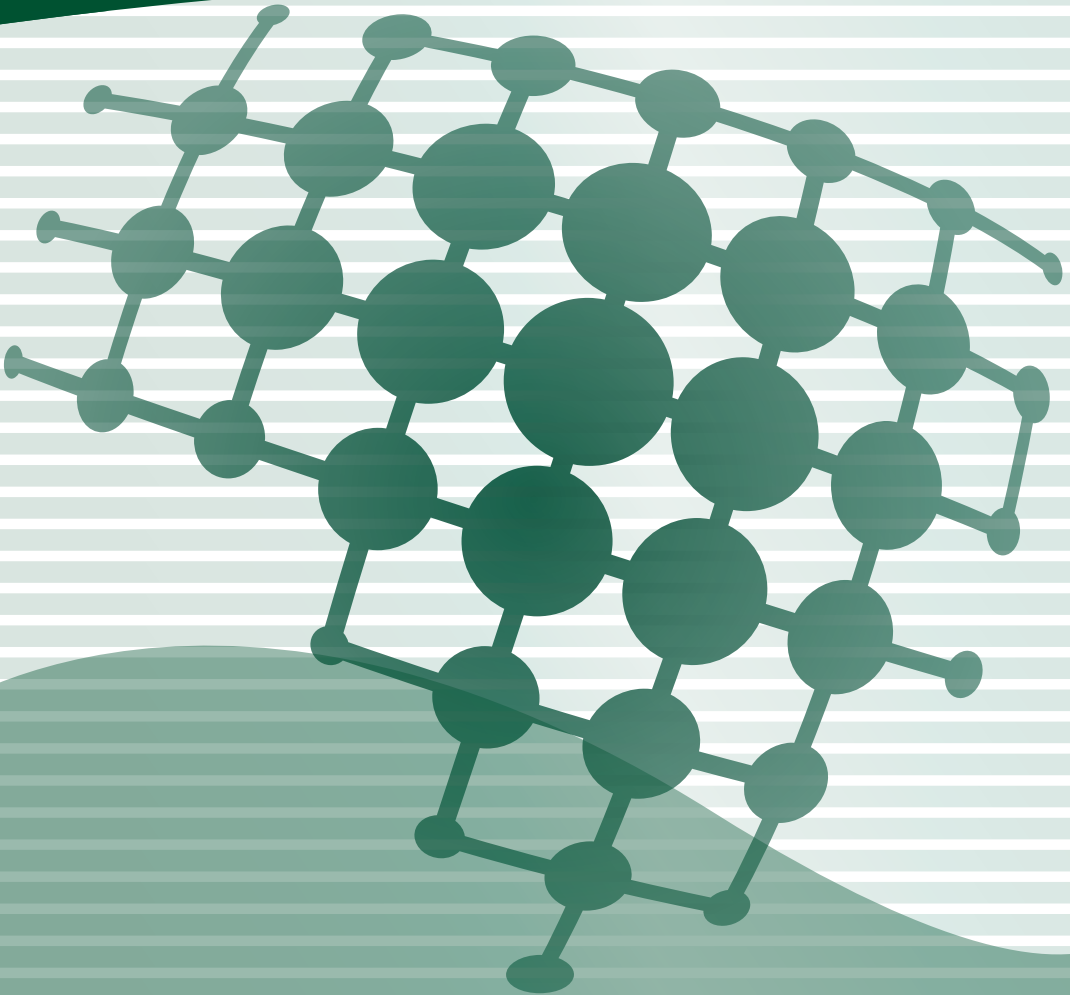


UnA-SUS

Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 3: Estudos Complementares
Módulo 9: Tópicos especiais em ética,
educação em saúde e modelos
de seguimento farmacoterapêutico





TÓPICOS ESPECIAIS EM ÉTICA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

MÓDULO 9

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

Luciano Soares

Fernanda Manzini

AUTORES

Cassyano Januário Correr

Fabíola Bagatini Buendgens

Fabíola Stolf Brzozowski

Fernanda Manzini

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Mauro Silveira de Castro

Sandra Caponi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ORGANIZADORES

Mareni Rocha Farias

Luciano Soares

Fernanda Manzini

MÓDULO 9

TÓPICOS ESPECIAIS EM ÉTICA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

© 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

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

Módulo 9 - Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de seguimento farmacoterapêutico / Marení Rocha Farias, Luciano Soares, Fernanda Manzini. — Florianópolis, SC : UFSC, 2015.

163 p.

Inclui bibliografia.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br/gestaofarmaceutica

Conteúdos do Módulo: Ética e medicalização. Educação em saúde. Modelos de seguimento farmacoterapêutico.

ISBN: 978-85-8328-049-1

1. Gestão em saúde. 2. Assistência farmacêutica. 3. Bioética. 4. Educação em saúde. 5. Atenção farmacêutica. I. Farias, Marení Rocha. II. Soares, Luciano. III. Manzini, Fernanda. 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 Tais 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 - MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	119
Lição 1 – O contexto histórico da atenção farmacêutica	121
Lição 2 – O processo da farmacoterapia e os resultados terapêuticos	127
Lição 3 – Métodos de seguimento farmacoterapêutico.....	134
Lição 4 – Realizando o seguimento farmacoterapêutico do início ao fim	142
Lição 5 – Tornando o seguimento farmacoterapêutico uma realidade	154
REFERÊNCIAS	159

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 9 - *Tópicos especiais em ética, educação em saúde e modelos de seguimento farmacoterapêutico* está organizado em três unidades de aprendizagem: Ética e medicalização, Educação em saúde e Modelos de seguimento farmacoterapêutico.

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.

Na unidade *Modelos de seguimento farmacoterapêutico* será abordado um serviço clínico farmacêutico, denominado acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico (SFT), que transcende os objetivos e as atividades clássicas da assistência farmacêutica, integrando o farmacêutico ao processo de cuidado do usuário e à equipe de saúde, e tendo como foco essencial a garantia do alcance de resultados terapêuticos positivos.

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. Conceito de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico. Princípios de farmacoterapia. Desfechos em saúde. Métodos de seguimento farmacoterapêutico. Etapas do método clínico para seguimento farmacoterapêutico.

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 MODELOS DE SEGUIMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO

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**¹ 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

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 “tiramos 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

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

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://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 faziam 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

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

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*.

Acese 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**², relacionado a essas estratégias de criação e expansão de doenças e sua consequente **medicamentação**³, 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

Michel Foucault: http://pt.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault

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=oPqgLWrqeFk&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 contraproduzibilidade 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 Stolf. 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=<r=

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 tiques, 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**¹, 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.

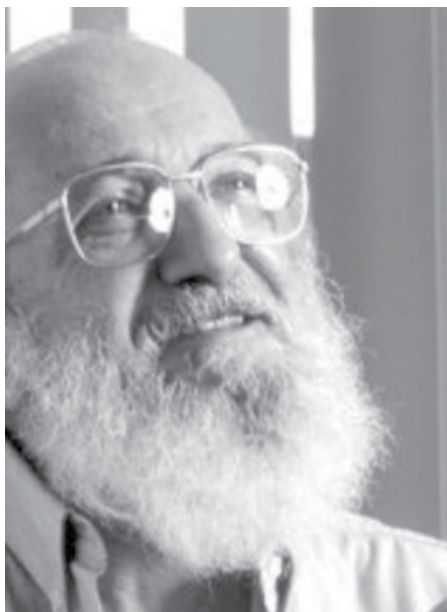


Figura 1 - Paulo Freire

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**³ (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**⁴ 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-recompensa⁵.

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_>. 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>. 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 9

UNIDADE 3 - MODELOS DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

Ementa da unidade

- Conceito de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico.
- Princípios de farmacoterapia.
- Desfechos em saúde.
- Métodos de seguimento farmacoterapêutico.
- Etapas do método clínico para seguimento farmacoterapêutico.
- Organização do serviço.
- Indicadores de qualidade.

Carga horária da unidade: 15 horas.

Objetivos específicos de aprendizagem:

- Compreender o contexto histórico da atenção farmacêutica, o que é seguimento farmacoterapêutico e como esta prática se relaciona ao processo de cuidado do usuário;
- Compreender o que são desfechos em saúde e a relação destes com a qualidade da farmacoterapia e o processo de cuidado em saúde;
- Conhecer os métodos de seguimento farmacoterapêutico mais difundidos na literatura e conhecidos no Brasil;
- Realizar, do início ao fim, todas as etapas do seguimento farmacoterapêutico para um usuário específico;
- Descrever as condições de estrutura e processo necessárias para incorporação desta atividade na atenção primária à saúde.

Apresentação

Caro estudante,

Neste conteúdo, abordaremos um serviço farmacêutico inovador, denominado acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico (SFT). O SFT é um serviço farmacêutico clínico que transcende os objetivos e as atividades clássicas da assistência farmacêutica, integrando o farmacêutico ao processo de cuidado do usuário e à equipe de saúde, e tendo como foco essencial a garantia do alcance de resultados terapêuticos positivos. Para o gestor em assistência farmacêutica, o SFT representa um serviço com grande potencial resolutivo e estratégico, cujas características permitem a ampliação dos mecanismos de gestão para além do processo de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos. Permite, ainda, que se conheça, de forma mais eficaz, a qualidade da utilização dos medicamentos pela população e as ações necessárias para que o uso racional de medicamentos possa ser plenamente alcançado. Para que se compreenda o SFT, deve-se considerar:

- i) uma visão da farmacoterapia centrada no usuário, com objetivo de alcançar desfechos de saúde otimizados;
- ii) o contexto histórico de desenvolvimento desta prática; e
- iii) as atividades e competências implícitas à sua implantação nos serviços de saúde do município.

Conteudistas responsáveis:

Cassyano Januário Correr
Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat
Mauro Silveira de Castro

Conteudista de referência:

Cassyano Januário Correr

Conteudistas de gestão:

Silvana Nair Leite
Maria do Carmo Lessa Guimarães

ENTRANDO NO ASSUNTO

Lição 1 – O contexto histórico da atenção farmacêutica

O objetivo desta lição é resgatar, historicamente, a evolução da prática profissional da farmácia, contextualizando suas diversas fases até o surgimento da atenção farmacêutica como prática profissional.



Reflexão

Até esse momento você pode estar se perguntando por que estamos abordando atenção farmacêutica em um curso sobre gestão da assistência farmacêutica? Qual seria a relação da clínica com a gestão? Ou da gestão com a clínica?

É preciso que você saiba que um serviço de farmácia só pode desenvolver um modelo de gestão clínica quando está comprometido com a utilização de medicamentos de maneira eficiente, segura e mediada por critérios técnico-farmacêuticos. Desse modo, não podemos discutir gestão sem discutirmos a atenção farmacêutica, já que esta tem uma relação direta com a clínica e com a utilização segura e racional de medicamentos.

Por outro lado, é importante recordar o afastamento histórico entre gestores e clínicos, em que os primeiros defendem, sistematicamente, a redução total dos custos, sem uma análise consubstanciada e contextualizada dos problemas que envolvem a utilização dos medicamentos. Os profissionais de saúde, por sua vez, defendem o que eles acreditam ser o melhor para o usuário, embora nem sempre se baseiem na melhor evidência científica e/ou em critérios de custo-efetividade. O que não se pode esquecer é que os profissionais de saúde têm uma responsabilidade fundamental na tomada de decisão, e são eles que fazem a gestão do processo de cuidado em saúde junto aos usuários.

Falando em gestão

Os conteudistas desta unidade nos provocam a pensar sobre a relação entre a gestão e a prestação dos serviços. Bom, vamos retomar alguns conceitos: primeiro, que todos nós, no exercício da nossa profissão em qualquer nível ou espaço, de alguma forma exercemos atividades gestoras (do serviço, da equipe, do próprio processo de trabalho, e da atenção ao usuário); depois, que uma gestão comprometida pressupõe conhecer o que se está gerindo, a equipe que desenvolve o serviço, os seus parceiros, processos, e fundamentos. Todos precisam participar, de alguma forma, da condução dos serviços. É com conhecimento e participação que se faz o processo de condução, que se faz a gestão. É com esse olhar que vamos conhecer um pouco mais sobre o seguimento farmacoterapêutico, para desenvolvermos as condições para tornar esses serviços uma realidade adequada ao contexto do SUS.



Reflexão

E por que precisamos resgatar historicamente a atenção farmacêutica?

Porque, com isso, estaremos resgatando a farmácia como uma profissão clínica, a fim de entender o hoje e planejar o amanhã da nossa profissão.

Para isso, é importante saber que a profissão farmacêutica tem vivenciado um desenvolvimento e um avanço significativo ao longo desses últimos 50 anos. De forma breve, podemos analisar os três períodos mais importantes da farmácia no século XX: o tradicional, o de transição e o de desenvolvimento da atenção ao usuário (HEPLER; STRAND, 1990). Em cada um desses períodos se identificam diferentes conceitos das funções e obrigações da farmácia, ou seja, diferentes modelos do papel social desta.

No período tradicional, o papel social do boticário era o preparo e a venda de medicamentos. A função do farmacêutico consistia na aquisição de medicamentos, no preparo e na avaliação dos produtos medicinais, e sua principal responsabilidade era assegurar que os medicamentos que vendia fossem puros, não adulterados e preparados segundo a arte, tendo como obrigação secundária proporcionar orientações adequadas aos clientes que lhe solicitavam a prescrição de medicamentos sem receita (*over the counter* –

OTC). Esse papel foi desaparecendo à medida que a preparação de medicamentos foi, gradualmente, substituída pela indústria farmacêutica e a eleição dos agentes terapêuticos passou a ser realizada pelo médico.

Em meados dos anos de 1960, a prática da farmácia clínica teve início e, com ela, um período de transição profissional, em que os farmacêuticos buscaram a autorrealização e o total desenvolvimento do seu potencial profissional. Esse foi um tempo de expansão rápida de funções e incremento da diversidade profissional. Os farmacêuticos não só começaram a inovar funções, mas também passaram a contribuir, cientificamente, de forma original (HEPLER; STRAND, 1990).

O grande desenvolvimento da farmácia clínica foi transformá-la em uma ciência, juntando os fundamentos da epidemiologia clínica com os da farmacologia. Uma das críticas ao movimento é que ele foi muito hospitalocêntrico e voltado para o atendimento das necessidades da equipe de saúde, não atingindo os preceitos iniciais de colocar o usuário de medicamentos no centro das atenções.

Em 1990, surgiu a atenção farmacêutica, definida, inicialmente, por Charles Hepler e Linda Strand como a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definidos, que melhorem a qualidade de vida do usuário.



Link

A Dra. Linda M. Strand é conhecida por desenvolver tanto o conceito de atenção farmacêutica como sua prática. O quadro conceitual foi desenvolvido em colaboração com o Dr. Hepler, da Universidade da Flórida. Esse trabalho culminou com a premiação de ambos com a medalha *Remington*, a mais alta condecoração oferecida na profissão de farmácia nos Estados Unidos. Acesse o *link* e confira alguns trabalhos da Dra. Strand: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Strand%20LM>

O Dr. Charles D. Hepler é professor emérito da Universidade da Flórida (USA) e atua, desde os anos 1960, no desenvolvimento da farmácia clínica, educação farmacêutica e no modelo filosófico da atenção farmacêutica. Escreveu mais de 80 artigos científicos, sendo os mais recentes focados no aprimoramento de sistemas para manejo da farmacoterapia. Acesse o *link* e confira alguns trabalhos do Dr. Hepler: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hepler%20CD>

Essa definição, inicialmente considerada filosófica, mais tarde foi revisada por Cipolle e colaboradores (1998), sendo definida como uma prática clínica, na qual o profissional de saúde assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas dos usuários e pelos resultados alcançados, cujos componentes são: filosofia de prática, processo de cuidado do usuário e sistema de gerenciamento da prática.

Mais recentemente, a farmácia clínica incorpora a filosofia de prática da atenção farmacêutica, reforçando a importância de o farmacêutico tornar-se, definitivamente, um prestador de atenção à saúde, cuja prática deve estar centrada no cuidado direto do paciente. Além disso, a farmácia clínica define-se como ciência e como prática a ser desenvolvida em todos os níveis de cuidado à saúde, não apenas nos hospitais. O conceito contemporâneo de farmácia clínica, publicado pelo *American College of Clinical Pharmacy*, é o seguinte:

“Farmácia Clínica é definida como a área da farmácia voltada para a ciência e prática do uso racional de medicamentos e é uma disciplina das ciências da saúde na qual farmacêuticos proporcionam cuidado ao paciente de forma a otimizar a farmacoterapia e promover saúde, bem-estar e prevenção de doenças. A prática da farmácia clínica abrange a filosofia da atenção farmacêutica ou dos cuidados farmacêuticos. Dessa forma, combina uma orientação para o cuidado do paciente com conhecimentos especializados de terapêutica, experiência e julgamento clínico, com propósito de garantir resultados ideais para o paciente.

Como disciplina, a farmácia clínica também tem o dever de contribuir para a geração de novos conhecimentos que promovam avanços para a saúde e qualidade de vida.

Farmacêuticos clínicos cuidam de pacientes em todos os locais onde se pratica atenção à saúde. Estes possuem conhecimentos aprofundados sobre medicamentos, integrados com uma compreensão fundamental das ciências biomédicas, farmacêuticas, sócio-comportamentais e clínicas. A fim de atingir metas terapêuticas desejadas, o farmacêutico clínico aplica diretrizes baseadas em evidências, novos conhecimentos de ciências em evolução, tecnologias emergentes, além de princípios legais, éticos, sociais, culturais, econômicos e profissionais.

Dessa forma, farmacêuticos clínicos assumem responsabilidade e prestam contas pela gestão da farmacoterapia em locais onde se fornecem cuidados direto ao paciente, seja exercendo a prática de forma independente ou em consulta ou colaboração com outros profissionais da saúde. Farmacêuticos clínicos pesquisadores geram, disseminam e aplicam novos conhecimentos que contribuem para melhorar a saúde e qualidade de vida.”



Reflexão

Aqui cabe uma importante pergunta: por que a atenção farmacêutica é definida como uma prática profissional e não como mais uma atividade do farmacêutico?

Exatamente porque ela é capaz de atender uma demanda social que nenhum outro profissional, atualmente, assume como sua responsabilidade, isto é, a de atender a todas as necessidades do usuário, relacionadas à sua farmacoterapia.

Confira algumas características:

- Propõe-se uma filosofia profissional que pode ser incorporada por todos os profissionais, independente do espaço físico onde atuam;
- Apresenta um método sistemático e racional de tomada de decisão sobre os medicamentos e um processo de cuidado do usuário, que pode ser utilizado com todo e qualquer usuário, em qualquer problema de saúde e utilizando qualquer medicamento;
- Determina que todas as decisões e intervenções do profissional devem ser documentadas, a fim de facilitar o controle de qualidade do exercício profissional e garantir o processo de cuidado, uma vez que outros profissionais podem ter acesso a decisões tomadas;
- Indica um sistema de gerenciamento da prática, já que o oferecimento de um serviço para o usuário requer a implementação de aspectos logísticos e gerenciais muito diferentes daqueles, usualmente, utilizados na atividade de dispensação farmacêutica (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Da mesma forma, o gerenciamento da prática da atenção farmacêutica difere, em essência, dos aspectos gerenciais da assistência farmacêutica em seu modelo tradicional. Aqui, necessariamente, sempre que possível, a gestão do caso clínico é compartilhada com o usuário e os outros profissionais da saúde. É necessário chegar a um acordo sobre que tratamento adotar e como fazê-lo.

Assim sendo, resta-nos agora abordar os métodos de documentação da prática do cuidado farmacêutico, conhecidos como métodos de seguimento farmacoterapêutico. Acompanhe.

Ao iniciarmos o tema, é importante discutirmos de que maneira surgiu a necessidade tão premente de documentar a prática da atenção farmacêutica, visto que pouco da prática da farmácia clínica sobreviveu às análises rigorosas e críticas de custo-benefício e de custo-efetividade, por falta de uma sistematização adequada da documentação do cuidado farmacêutico. Além disso, a medicina, a enfermagem e outras profissões de saúde descrevem, de maneira sistemática, os registros de suas atividades, realizando o seguimento dos usuários, avaliando o progresso ou ordenando suas intervenções. Por inúmeras razões, a farmácia não chegou a estabelecer um método padrão para o registro das atividades clínicas e, durante muito tempo, Cipolle e colaboradores (1998) criticaram, de forma contundente, a falta de documentação correta dos serviços farmacêuticos clínicos. Essas ideias foram apresentadas no relevante artigo *Opportunities and responsibilities in the Pharmaceutical Care*, em que são traçados os primeiros elementos do paradigma da atenção farmacêutica (HEPLER; STRAND, 1990).

Para que você possa entender melhor a necessidade de o farmacêutico documentar suas atividades, é importante lembrar que, em 1995, Hepler publicou os postulados desse novo modelo (HEPLER; GRAINGER-ROUSSEAU, 1995), em contraposição ao modelo tradicional de prática farmacêutica. De forma resumida, propõe-se um sistema de atenção farmacêutica em que médicos e/ou enfermeiros identificam e avaliam os problemas de saúde do usuário e estabelecem um plano de cuidado, a partir do qual o farmacêutico inicia seu processo de cuidado farmacêutico, mais conhecido no Brasil como seguimento farmacoterapêutico.

Em nosso país, a necessidade de documentar a prática farmacêutica foi amplamente discutida na proposta do Consenso em Atenção Farmacêutica, definindo Seguimento Farmacoterapêutico como:

O processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário (IVAMA *et al.*, 2002, p. 19).

Para que esses objetivos sejam atingidos, faz-se necessária a mudança de prática profissional por parte do farmacêutico. A sistematização dessa atuação ainda não encontra paradigmas metodológicos consolidados.

A partir daquele contexto inicial de Hepler e Strand, alguns métodos foram desenvolvidos ou adaptados de outros existentes, mas ainda não se demonstrou qual possui melhor desempenho. Todos os métodos falam da necessidade de o farmacêutico possuir habilidades em comunicação, estabelecendo, assim, adequada relação terapêutica com o usuário.

Reconhece-se que o farmacêutico pode ajudar na solução de problemas relacionados com medicamentos, desde que se estabeleça uma parceria com o paciente (HEPLER; STRAND, 1990; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

Por meio dessa melhor relação, pode-se obter a confiança do usuário, de modo que ele preste informações sobre sua situação e sobre o uso de medicamentos, permitindo uma análise mais fidedigna desses dados, com a consequente identificação de problemas relacionados com medicamentos. Estabelecida a relação e identificados os problemas, firma-se um acordo visando a resolução destes últimos, fundamentada na autonomia do usuário e na busca de maior qualidade de vida.

Lição 2 – O processo da farmacoterapia e os resultados terapêuticos

Nesta lição, vamos compreender o que são desfechos em saúde e a relação destes com a qualidade da farmacoterapia e com o processo de cuidado em saúde. Acompanhe!

O resultado de um tratamento farmacológico está ligado à inter-relação de diversos eventos, atores e condições, de forma complexa e nem sempre previsível. A farmacoterapia obtém sucesso quando resultados como prevenção de doenças, controle, cura, normalização de parâmetros laboratoriais e/ou alívio de sintomas são alcançados conforme esperado. A farmacoterapia pode ser considerada “ideal” quando:

- o usuário obtém acesso e utiliza medicamentos conforme suas necessidades de saúde, adequadamente identificadas;

- o usuário compreende e é capaz de cumprir o regime terapêutico estabelecido, concorda e adere ao tratamento em uma postura ativa;
- o medicamento é efetivo no alcance dos objetivos terapêuticos planejados;
- problemas de saúde não são gerados ou agravados pelo uso dos medicamentos (Figura 1) (FERNÁNDEZ-LLIMOS *et al.*, 2004; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Para que haja uso racional de medicamentos é preciso, em primeiro lugar, definir a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se prescreva o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, segurança e adequação ao usuário. É necessário, ainda, que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime terapêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno, acessível financeiramente, e que responda a critérios de qualidade exigidos. Por fim, deve haver dispensação em condições adequadas, com orientação ao usuário, e este deve compreender e realizar o regime terapêutico do melhor modo possível (AQUINO, 2008).

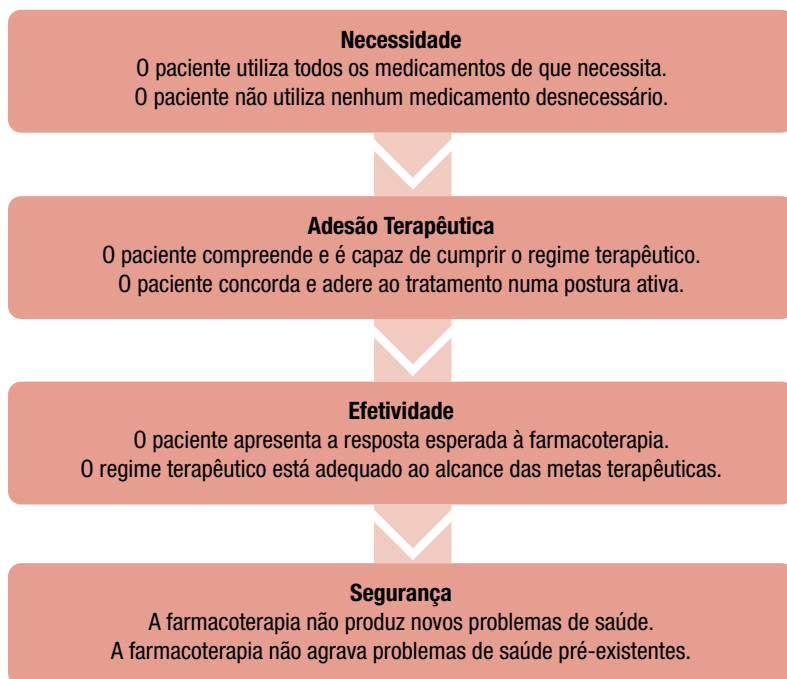


Figura 1 - Princípios da farmacoterapia ideal.
Fonte: CORRER; OTUKI, 2013.

Num sentido voltado para os desfechos, o uso racional de medicamentos é uma prática que consiste em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos; em minimizar os riscos (acontecimentos não desejados) decorrentes de sua utilização; e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA *et al.*, 2008).

Falhas nessas condições essenciais podem levar ao sofrimento humano, à incapacidade, à redução na qualidade de vida e até mesmo à morte.

Durante a escolha de um tratamento e todo o seguimento da farmacoterapia, a equipe de saúde deve primar pela **eficácia** do medicamento, **efetividade** da farmacoterapia e **eficiência** de todo o processo de tratamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

A **eficácia** diz respeito à capacidade inerente ao fármaco de produzir um determinado efeito terapêutico em condições ideais (por exemplo, em ensaios clínicos controlados); enquanto a **efetividade** diz respeito ao resultado terapêutico produzido nas condições reais de utilização (por exemplo, nos serviços de saúde).

A qualidade do uso de medicamentos em um determinado contexto social pode ser medida pela diferença entre a eficácia (aquilo que se espera do medicamento) e a efetividade (aquilo que se obtém em termos de resolubilidade).

Por fim, a **eficiência** consiste na relação entre o benefício, representado pela eficácia e pela efetividade, e os custos inerentes ao tratamento. Quanto maior o benefício e menor o custo, maior a eficiência (FERNÁNDEZ-LLIMOS *et al.*, 2004).

$$\uparrow \text{Benefício} \downarrow \text{Custo} = \uparrow \text{Eficiência}$$

A **evolução do usuário**¹, do ponto de vista dos efeitos da farmacoterapia, é avaliada por meio de indicadores dos resultados terapêuticos.

¹ Mudanças no quadro sintomático e funcional do usuário, observadas ao longo do tempo, que podem ser atribuídas à doença ou à intervenção em saúde.

Esses indicadores, assim como as metas terapêuticas, devem ser definidos na elaboração do plano de cuidado e monitorados durante as consultas de retorno do usuário. Para cada indicação tratada do usuário, deverão ser eleitos indicadores adequados para avaliação dos desfechos da farmacoterapia (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Um bom indicador deve possuir sensibilidade suficiente para sofrer alterações ao longo do tempo, deve ser mensurável (por meio de dados objetivos ou subjetivos), deve ser específico para a condição clínica do usuário e/ou farmacoterapia e deve guardar relação bem evidenciada com o desfecho final desejado.

Por desfecho, entende-se a mudança observada no estado de saúde do usuário, que pode ser atribuída à intervenção (farmacoterapia, processo de cuidado) ou à doença. O termo “desfecho” é comumente referido, em português, também como “resultado” e encontra seu correspondente em inglês na palavra *outcome*.

Há basicamente três tipos de desfechos clínicos: primordial, intermediário e substituto. Saiba mais sobre cada um deles:

- Os **desfechos primordiais** também são chamados desfechos duros ou *hard end-points*. São os desfechos de grande impacto, constituídos, basicamente, por mortalidade, incidência de infarto do miocárdio, câncer, alívio de dor, prevenção de doenças, aumento de expectativa de vida. Metas terapêuticas ligadas a esses desfechos têm, geralmente, conotação preventiva como, por exemplo, o aumento da sobrevida, ou a redução na mortalidade precoce.
- Os **desfechos intermediários** correspondem a um parâmetro que pode ser medido e que se associa de forma causal com o desfecho primordial. Podem ser parâmetros fisiológico, fisiopatológico, comportamental ou de outra natureza. Tem-se, como exemplo, a pressão arterial como desfecho intermediário para eventos primordiais cardiovasculares, parar de fumar para câncer, escalas de medida da depressão para depressão. Deve ser verificada a associação com os desfechos primordiais.
- Os **desfechos substitutos** também são chamados de *surrogate end-points*. São desfechos de fácil aferição e que espelham o efeito da intervenção, mas não estão associados à produção do desfecho primordial. Por exemplo, o controle de internações

hospitalares pode ser um bom desfecho substituto para controle de sintomas em ensaio clínico randomizado. A avaliação da resolução de problemas relacionados com medicamentos também pode ser utilizada como desfecho substituto (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2010).

Indicadores de efetividade do tratamento medicamentoso incluem, normalmente, sinais observáveis (frequência cardíaca, temperatura corporal, pressão arterial), sintomas (dor, melancolia, cansaço, prurido) ou exames clínicos e laboratoriais (glicemia, LDL-C, TSH, eletrocardiograma, densidade óssea). Outros indicadores de efetividade também são utilizados e devem ser desenvolvidos e validados para a medida de resultados fundamentados nos sintomas e não em sinais. São exemplos disso as escalas de verificação da dor frente ao uso de analgésicos. Os exames laboratoriais são, comumente, utilizados como parâmetros de monitorização pelas seguintes razões:

- 1) servem como referência basal (*baseline*) antes do início da farmacoterapia;
- 2) indicam o progresso em direção às metas terapêuticas;
- 3) orientam o ajuste de dose do medicamento em relação à função renal e hepática do usuário; e
- 4) podem indicar efeitos adversos e tóxicos, assim como doses subterapêuticas, dos medicamentos em uso (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

Nem todos os resultados da farmacoterapia, entretanto, podem ser descritos como sendo desfechos clínicos. Comumente, faz-se necessário atingir objetivos terapêuticos que vão além dos resultados clínicos mensuráveis pelo profissional. Os “desfechos humanísticos”, que estão inseridos no grande grupo dos “Desfechos Relatados pelo Paciente” (*Patient-Reported Outcomes*), são igualmente importantes e, em alguns casos, como para muitas condições crônicas, prioritários.

Abordaremos dois desses desfechos que podem ser considerados essenciais: a qualidade de vida e a satisfação dos usuários.

A qualidade de vida é um desfecho humanístico subjetivo e complexo, que surge da percepção do usuário sobre sua vida e sua saúde. A saúde é um fator importante da qualidade de vida, mas não é o único. Religião, empregabilidade, lazer, segurança pública, condição social, faixa etária, gênero, família, entre muitos outros fatores, também têm o poder de influenciar, de modo significativo, a qualidade de vida das pessoas. Por tudo isso, o termo “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) é comumente empregado. Uma forma simples de medir a qualidade de vida é perguntando diretamente ao usuário, numa escala de zero a dez, como este a classificaria. Isso dá chance ao usuário de falar a respeito de sua visão da vida e abre ao profissional um mundo novo de possibilidades de cuidado.



Ambiente Virtual

Para abordagens mais direcionadas, há diversos questionários validados, disponíveis no Brasil. Eles podem ser utilizados tanto para medidas genéricas, tais como o WHOQOL, o SF-36 e o Perfil de Saúde de *Nottingham*; e como para medidas específicas de doenças tais como diabetes *mellitus* (DQOL-Brasil) e hipertensão (Minichal).

Os instrumentos estão disponíveis na Biblioteca.

O tempo necessário para se observarem mudanças na qualidade de vida dos usuários, com o tratamento, pode ser variável, entretanto, são desejáveis melhorias, que possam ser sustentadas por longos períodos (avaliação a cada seis meses ou a cada ano).

A satisfação do usuário com seu tratamento e com o serviço de saúde também é um desfecho humanístico importante, o qual deve ser avaliado como uma meta geral do processo de cuidado em saúde. Assim como na qualidade de vida, há instrumentos validados para essa medida, disponíveis no Brasil, voltados a diversos contextos, como tratamentos (por exemplo, antidiabéticos) ou serviços específicos (por exemplo, serviços farmacêuticos) (CORRER *et al.*, 2009). Questões como acolhimento, vínculo profissional-usuário, estrutura do serviço e profissionalismo têm repercussão direta na satisfação com os serviços farmacêuticos. Os usuários percebem o quanto o farmacêutico está disposto a escutar, o quanto se compromete a ajudar, e isso também faz parte do cuidado e contribui para os efeitos terapêuticos.



Se você tiver interesse em conhecer um questionário validado para avaliação da satisfação dos usuários com os serviços farmacêuticos, recomendamos a leitura do artigo *Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil*, de Correr e colaboradores, publicado no periódico Cadernos de Saúde Pública. O artigo está disponível na Biblioteca.

O aspecto econômico da farmacoterapia também deve ser considerado um componente importante do impacto do tratamento sobre a vida do usuário e da sociedade. Juntamente com os desfechos clínicos e humanísticos, os custos do tratamento e o impacto deste sobre os custos de saúde compõem a tríade conhecida como modelo ECHO (*Economic – Clinical – Humanistic Outcomes*) (KOZMA, 1993).

No Brasil, particularmente para usuários idosos e polimedicados, os custos do tratamento podem ter grande impacto no orçamento familiar, comprometendo, muitas vezes, o acesso ao tratamento, à alimentação e ao lazer de qualidade, por exemplo. Além disso, a dificuldade de acesso a medicamentos é uma das causas mais comuns de abandono do tratamento.

Os custos de um tratamento devem ser analisados em conjunto com os resultados clínicos ou humanísticos, alcançados em um processo de seguimento de usuários. É fácil concluir que tratamentos altamente efetivos e de baixo custo são superiores a tratamentos caros e de baixa efetividade, embora, na prática clínica, nem sempre essas diferenças sejam tão claras.

Na literatura, há, basicamente, quatro tipos de estudos que comparam opções terapêuticas em relação a seus custos e consequências:

- análises de minimização de custos;
- custo-efetividade;
- custo-utilidade; e
- custo-benefício.

Se você possui interesse em conhecer melhor esses modelos de avaliação, há conteúdos específicos disponíveis na unidade de “Avaliação econômica de tecnologias em saúde”. Confira!

Até esse momento, você deve ter notado que a avaliação dos resultados terapêuticos representa uma parte essencial do processo de cuidado em saúde. Ainda que o senso comum indique serem essas responsabilidades exclusivas do médico, responsável direto pelo usuário, avaliar e otimizar os resultados terapêuticos para um usuário consiste em uma tarefa comum a toda a equipe de saúde e de grande interesse dos gestores. Afinal, todo o custo envolvido na aquisição e distribuição de medicamentos terá sido desperdiçado se os resultados, em termos de mudanças na saúde na população, não tiverem sido atingidos.

O seguimento farmacoterapêutico é um serviço farmacêutico inovador, que coloca o farmacêutico e, indiretamente, o gestor da assistência farmacêutica em contato mais próximo com o processo de cuidado e com os resultados do uso dos medicamentos. Por meio desse seguimento é possível identificar problemas relacionados à farmacoterapia, custosos do ponto de vista humano, social e financeiro, que, em um modelo tradicional de assistência farmacêutica, estariam ocultos.

A fim de aprofundar o conhecimento sobre esse assunto, é necessário discutirmos as escolas (modelos) mais importantes atualmente para esta nova prática.

Lição 3 – Métodos de seguimento farmacoterapêutico

O objetivo de aprendizagem desta etapa é conhecer os principais métodos de seguimento farmacoterapêutico, utilizados para a documentação do cuidado farmacêutico. Acompanhe!

Os métodos de Seguimento Farmacoterapêutico (SFT) mais citados e conhecidos na literatura internacional e no Brasil são o SOAP, o PWDT, o TOM e o Dáder. Na sequência, será apresentada a descrição desses métodos para, em seguida, apresentarmos as principais vantagens e desvantagens entre eles.

SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano)

Este método é amplamente empregado por profissionais da saúde, tendo como ponto positivo seu fácil entendimento por qualquer desses profissionais (HURLEY, 2004; ROVERS *et al.*, 2003). Cada termo refere-se a uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas.

- **Dados subjetivos:** Nesta etapa do procedimento, devem ser registradas as informações obtidas do usuário ou cuidador ou, se for o caso, de históricos de prontuário, as quais não se constituem conhecimento objetivo. No caso da abordagem farmacêutica, deve-se buscar informações pertinentes a problemas com o uso de medicamentos e a relação destes com a enfermidade.
- **Dados objetivos:** Referem-se à obtenção de dados objetivos, como sinais vitais, resultados de exames de patologia clínica, achados de testes laboratoriais e de exame físico realizado pelo profissional habilitado para tal.
- **Avaliação dos dados:** Com base nos dados subjetivos e objetivos, o farmacêutico deve identificar as suspeitas de problemas relacionados com medicamentos. Após, deve verificar o que pode ser realizado para a resolução desses problemas e quais intervenções farmacêuticas que podem ser adotadas.
- **Plano:** De posse da análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas, em conformidade com o perfil do usuário, o farmacêutico deve apresentá-las a este último, buscando o estabelecimento de um acordo para a implementação do plano. Caso os problemas relacionados com medicamentos necessitem da avaliação do prescritor, o usuário deverá ser informado dessa necessidade. Também deve-se estabelecer, em conjunto, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano a ser implementado, principalmente se houver novas modificações em prescrição de medicamento ou no quadro do usuário, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento.

PWDT (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*) ou Estudo Farmacêutico da Terapia Farmacológica: Avaliação Sistemática da Farmacoterapia

Foi desenvolvido por Strand e colaboradores da Universidade de Minnesota (EUA) para utilização em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; HURLEY, 2004).

Possui como objetivos:

- a) avaliação das necessidades do usuário referentes a medicamentos e à implementação de ações, segundo os recursos disponíveis, para suprir aquelas necessidades; e
- b) realização de seguimento para determinar os resultados terapêuticos obtidos.

Para que essas atividades sejam realizadas, é necessário manter uma relação terapêutica otimizada entre farmacêutico e usuário, bem como considerar o caráter interativo do processo de cuidado do usuário. Seus principais componentes são:

- **Análise de dados:** É constituída por coleta de dados e caracterização de adequação, efetividade e segurança da farmacoterapia em uso. Procura caracterizar se esta é conveniente para as necessidades do usuário, com relação a fármacos, e identificar problemas relacionados com medicamentos que interfiram ou possam interferir nos objetivos terapêuticos.
- **Plano de atenção:** Levando em consideração os dados obtidos na análise, o farmacêutico deve resolver os problemas relacionados com medicamentos, estabelecendo objetivos terapêuticos e prevenindo outros possíveis problemas. Os objetivos terapêuticos devem ser claros, passíveis de aferição e atingíveis pelo usuário. Quando apropriado, o plano pode conter também informações sobre terapêutica não-farmacológica.
- **Monitorização e avaliação:** Quando da monitorização do plano de atenção, o farmacêutico deve verificar em que nível estão os resultados farmacoterapêuticos obtidos, reavaliando as necessidades do usuário frente a estes e se novas situações não estão em voga, como novos PRM ou novos problemas de saúde, tratados ou não.

Conforme o estabelecido no artigo *Documenting the clinical pharmacist's activities: back to basics*, podem-se identificar pelo menos sete passos fundamentais desse processo de seguimento (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998):

- 1) coletar e interpretar informações relevantes do usuário, com a finalidade de determinar se há problemas relacionados com medicamentos;
- 2) identificar problemas relacionados com medicamentos;

- 3) descrever os objetivos terapêuticos desejados;
- 4) descrever as alternativas terapêuticas possíveis e disponíveis;
- 5) selecionar e individualizar o tratamento mais adequado;
- 6) implementar a decisão terapêutica sobre o uso de medicamentos;
- 7) delinear o plano de monitorização para alcançar os resultados terapêuticos desejados.

O PWDT mudou de nomenclatura após a publicação do livro *Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide*, de Cipolle, Strand e Morley, em 2004, e passou a ser chamado de *Pharmacotherapy Workup* (PW).

TOM (*Therapeutic Outcomes Monitoring*) ou Monitorização de Resultados Terapêuticos

Este método foi desenvolvido por Charles Hepler, na Universidade da Florida (EUA), para dar apoio às atividades do farmacêutico na prática, em nível comunitário (WHO, 1998). Deriva-se do PWDT, levando em consideração os achados de Lawrence Weed (GRAINGER-ROUSSEAU *et al.*, 1997). Compreende os passos a seguir:

- Coleta, interpretação e registro das informações relevantes sobre o usuário, identificando os problemas farmacêuticos potenciais. As informações dizem respeito ao uso de medicamentos, problemas de saúde, dados socioeconômicos e aspectos subjetivos e objetivos da expectativa do usuário frente sua própria doença.
- Identificação dos objetivos explícitos de cada prescrição, visando avaliar a evolução dos resultados terapêuticos frente ao uso dos medicamentos, como também orientar o usuário. Caso seja necessário, deve-se contatar o prescritor para esclarecer os objetivos.
- Avaliação da plausibilidade do plano terapêutico em relação aos objetivos da terapia, considerando as características do usuário, suas expectativas e seu poder aquisitivo. Ao se identificarem desvios importantes, estes devem ser levados ao conhecimento do prescritor.
- Desenvolvimento do plano de monitorização para o usuário, adaptado a protocolos padrões de tratamento, se possível para a doença específica e para o(s) medicamento(s) utilizado(s).

- Dispensação do medicamento, verificando o entendimento do usuário sobre a forma correta de utilização e instruindo-o para seu uso racional.
- Implantação de plano de monitorização, com agendamento de novo encontro.
- Avaliação da evolução do uso do medicamento em relação aos objetivos terapêuticos propostos, considerando, principalmente, a possibilidade de efeitos adversos e falha de tratamento.
- Resolução de problemas identificados ou, se for o caso, encaminhamento ou notificação destes para o prescritor.
- Revisão ou atualização do plano de monitorização feita quando necessário.

Dáder: Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico

Foi desenvolvido pelo *Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica da Universidad de Granada* (Espanha) para ser utilizado em farmácias comunitárias, sendo aplicável a qualquer usuário.

Também segue as diretrizes propostas no PWDT, procurando tornar mais factível a coleta de dados do usuário, bem como possibilitar espaço de tempo para análise dos dados e aprendizagem. Os passos a serem realizados para sua execução são os que seguem (MACHUCA; FERNANDÉZ-LLIMÓS; FAUS, 2003):

- **Oferta do serviço:** Oferta do serviço ao usuário, agendando encontro e esclarecendo quais atividades o farmacêutico realiza. Caso seja de interesse do usuário, solicita-se que, no dia aprazado, ele traga todos os medicamentos que possui em casa e documentos referentes à sua saúde, tais como resultados de exames laboratoriais, diagnósticos médicos e outras informações.
- **Primeira entrevista:** Realiza-se coleta de informações sobre a história farmacoterapêutica do usuário, incluindo dados sobre preocupações e problemas de saúde, perguntas específicas sobre a utilização de cada medicamento e revisão de sistemas. Finaliza-se o encontro orientando o usuário quanto ao uso correto de alguns medicamentos, identificando aqueles que estão mal conservados ou que somente devem ser utilizados mediante prescrição médica, como, por exemplo, os antimicrobianos.

- **Análise situacional:** Busca-se identificar a relação entre problemas de saúde e uso de medicamentos citados pelo usuário. Pode ser dividida em fase de estudo e fase de avaliação. Na fase de estudo, o farmacêutico deve obter todas as informações necessárias para avaliação posterior da utilização de medicamentos e a relação destes com os problemas de saúde, além das características do usuário. Requer habilidades de busca e análise de informações técnicas. A fase de avaliação visa a identificação das suspeitas de problemas relacionados com medicamentos que o usuário pode estar experimentando. Essa identificação fundamenta-se nos achados da fase de estudo.
- **Fase de intervenção:** Tem por objetivos elaborar plano de atuação em acordo com o usuário e implantar as intervenções necessárias para resolver ou prevenir problemas relacionados com medicamentos. Esse plano é apresentado ao usuário em um segundo encontro.
- **Resultado da intervenção:** Objetiva determinar se o resultado desejado foi atingido. Funciona como a monitorização da intervenção proposta.
- **Nova análise situacional:** É realizada quando verificam-se mudanças de estado de saúde do usuário e utilização de medicamentos, após a intervenção.

Os métodos PWDT e Dáder pretendem facilitar a aprendizagem da realização do seguimento farmacoterapêutico de usuários. Esse enfoque resulta em uma documentação mais estruturada para o atendimento do usuário (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007), embora isso aumente o tempo dos encontros.

Atualmente, já estão disponíveis *softwares* para documentação de ambos os métodos descritos.

O método Dáder tem como ponto positivo a oportunidade de tempo para avaliação das informações em conjunto com a fase de estudo, propiciando análise mais criteriosa da literatura disponível, bem como a realização de 10 perguntas sobre a utilização de cada medicamento, na presença do usuário. Portanto, a abordagem inicial para a obtenção das informações é extensa, mas bastante completa.

Já, o PWDT possui muito bem desenvolvida a parte de planejamento dos cuidados a serem ofertados ao usuário. Tem como um de seus objetivos ser um “processo de pensamento que pretende servir como diretriz para a documentação das atividades clínicas e não simplesmente um formulário para ser completado pelo farmacêutico em cada entrevista” (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 1998).

O método SOAP não necessita de formulário específico, conseqüentemente, exigindo maior experiência do profissional na sua realização, pois não existem itens que sirvam de guia para os passos a serem realizados (HURLEY, 2004). As informações são registradas como texto livre e não são codificadas ou padronizadas. Portanto, a rotina de avaliação do farmacêutico sobre problemas e cuidados a serem implantados é fechada e desconhecida. O grande ponto positivo é a simplificação de documentação e registro, mesmo com a conseqüente dificuldade para consultas posteriores ou análises do plano proposto dentro de uma maneira estruturada e lógica (McANAW; MCGREGOR; HUDSON, 2001). Isso ocorre, principalmente, em virtude de o método ter sido desenvolvido para diagnóstico médico e não para avaliação da farmacoterapia ou de problemas relacionados com medicamentos (HURLEY, 2004).

O método TOM é muito voltado para doenças específicas, necessitando de desenvolvimento de formulários para o tipo de atendimento que vai ser realizado (HURLEY, 2004; WHO, 1998). Há risco de não considerar o usuário de forma integral, mesmo que uma parte do formulário contemple esses dados. Por outro lado, facilita a análise quanto a uma enfermidade específica e serve de diretriz para as atividades focadas em uma doença. Outro fator positivo é a medida dos resultados terapêuticos e de qualidade de vida do usuário.

Todos os modelos apresentam uma ou mais deficiências. A utilização de métodos mais prolixos deve ser realizada em uma fase de treinamento ou em ensaios clínicos (HURLEY, 2004), pois o detalhamento do método pode ajudar os inexperientes a internalizar mais completamente os aspectos do processo farmacêutico e, também, padronizar o processo em atividades de pesquisa.

É essencial que, na introdução do método, seja possível obter, adequadamente, as informações necessárias referentes ao uso de medicamentos e às preocupações de saúde e enfermidades do usuário, bem como seu perfil sociocultural e econômico. Na seqüência,

deve-se conseguir organizar adequadamente essas informações para identificar os problemas relacionados com medicamentos e suas causas, propiciando, dessa forma, conclusões adequadas e o estabelecimento de um plano de intervenção a ser acordado com o usuário. Subsequentemente, deve-se proceder à monitorização do plano e, quando necessário, reiniciar o processo.

A escolha do método a ser utilizado depende da formação e da prática profissional.

Deve-se iniciar com métodos mais detalhados e que propiciem suporte à prática do seguimento farmacoterapêutico. Com o passar do tempo e com o desenvolvimento de habilidades, podem-se utilizar processos mais simples, desde que não se perca a qualidade do atendimento ao usuário. Por outro lado, os métodos mais detalhados permitem uma melhor condução do processo, provavelmente, reduzindo erros de medicação, passíveis de ocorrer em métodos mais flexíveis.



Link

Sugerimos leituras de artigos científicos que utilizam as metodologias descritas nesta unidade:

- **Pharmacotherapy Workup: Pharmaceutical Care Practice** - Relato de caso: acompanhamento de paciente diabético hospitalizado, de Aranha e colaboradores. Disponível em:

<http://www.ceatenf.ufc.br/Artigos/Pharmaceutical%20Care%20Practice%20Pacientes%20DM%20hospitalizados.pdf>

- **Método Dáder**: Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias, de Correr e colaboradores. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n7/06.pdf>



Ambiente Virtual

Na Biblioteca, você poderá encontrar um exemplo de formulário de atendimento utilizado pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Esse formulário é decorrente da adaptação do Método Dáder no atendimento a usuários do Ambulatório de Hipertensão do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual atende usuários, encaminhados da atenção primária em saúde por não terem conseguido atingir os resultados terapêuticos desejados.

Na próxima lição, abordaremos o processo completo do seguimento farmacoterapêutico de uma forma prática. Para esta etapa do aprendizado, vamos nos permitir utilizar ferramentas apresentadas em todos os métodos descritos anteriormente.

Lição 4 – Realizando o seguimento farmacoterapêutico do início ao fim

Nesta etapa de estudos, o objetivo é aplicar o seguimento farmacoterapêutico em um cenário real de atendimento ambulatorial. Acompanhe!

Nesta lição, abordaremos o ciclo do seguimento farmacoterapêutico do início ao fim, tendo como suporte alguns vídeos que mostram, na prática, como o farmacêutico pode realizar a primeira entrevista com o usuário e os atendimentos de retorno. Esses vídeos foram produzidos pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e se baseiam em uma adaptação do método Dáder de seguimento farmacoterapêutico.

Nós recomendamos que você leia todo o material antes de assistir aos vídeos. Ao final desta unidade, será proposta uma avaliação envolvendo o caso clínico apresentado no vídeo. Por isso, enquanto estiver assistindo a eles, faça anotações e procure compreender o caso clínico proposto. Poderá ser necessário assistir aos vídeos mais de uma vez, a fim de reconhecer seus detalhes.

Por questões didáticas, não seguiremos, fielmente, nenhum dos métodos clínicos descritos na lição anterior, mas utilizaremos elementos presentes em todos eles (HURLEY, 2004; WHO, 1998; HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004). Desse modo, organizaremos o método clínico para o seguimento farmacoterapêutico em quatro etapas:

- 1) acolhimento do usuário, coleta e organização de dados;
- 2) avaliação e identificação de problemas relacionados com a farmacoterapia;
- 3) delineamento de um plano de cuidado, em conjunto com o usuário;
- 4) seguimento individual do usuário.

Acolhimento do usuário, coleta e organização de dados do usuário

O cuidado farmacêutico tem início com a coleta de dados do usuário. Esta é feita por meio de uma **anamnese farmacêutica**² em que o usuário é a principal fonte das informações.

Além do relato que o usuário faz sobre sua própria saúde, sobre seus problemas médicos e tratamentos em curso, outras informações podem ser obtidas de familiares e cuidadores ou até mesmo de outros profissionais da saúde. São indispensáveis, ainda, os dados advindos de exames clínicos, laboratoriais, prescrições médicas, entre outros documentos pertencentes ao histórico clínico do usuário.

Quando o atendimento é agendado, ajuda muito pedir ao usuário que leve as receitas médicas, os medicamentos que usa e os exames que fez. A entrevista clínica é focada no perfil do usuário, na história clínica e de medicamentos, bem como na experiência do usuário com medicamentos. A história clínica pode incluir o motivo da consulta, a história da doença atual, a história médica pregressa, a história social, familiar e a revisão por sistemas. A história medicamentosa inclui os medicamentos em uso, as plantas medicinais, o uso pregresso de medicamentos, o histórico de alergias, as reações adversas a medicamentos e a experiência de medicação do usuário.

O farmacêutico deve buscar conhecer todos os medicamentos em uso pelo usuário, incluindo suas indicações, o regime terapêutico (dose, via de administração, frequência e duração) e a resposta (efetividade e segurança).

2 Anamnese farmacêutica é entendida como o procedimento de coleta dos dados sobre o usuário, realizada pelo farmacêutico por meio de entrevista clínica, com a finalidade de conhecer a história de saúde do entrevistado, elaborar o perfil farmacoterapêutico e identificar as necessidades relacionadas a medicamentos.

Tão importante quanto os medicamentos prescritos são aqueles usados por automedicação, plantas medicinais, suplementos vitamínicos e vacinas, normalmente pouco valorizados pelos usuários como medicamentos.

Esta abordagem deve ser feita valorizando o conhecimento do usuário, sua percepção dos problemas, sua cultura e condição social e como os medicamentos se encaixam em sua rotina de vida, seus horários e seus hábitos.

Nesta fase inicial do seguimento farmacoterapêutico, é essencial ao farmacêutico compreender a experiência de medicação relatada pelo usuário, a qual é fundamental na tomada de decisões clínicas. Nessa experiência, incluem-se as atitudes, os desejos, as expectativas, os receios, o entendimento e o comportamento do usuário com relação aos medicamentos. A adesão terapêutica só pode ser entendida de forma segura com essa aproximação e, a partir dela, será possível orientar o usuário quanto ao melhor uso que pode ser feito dos medicamentos.

As informações sobre o usuário, organizadas pelo farmacêutico durante a entrevista, devem compor uma “foto” do usuário, conhecida como **estado situacional**.

O estado situacional, também chamado de perfil farmacoterapêutico, consiste na relação completa dos problemas de saúde e de toda farmacoterapia, de modo que se conheçam, detalhadamente, os medicamentos em uso e as condições clínicas do usuário, não tratadas.

Nessa “foto” inicial deve ser possível, também, avaliar os resultados terapêuticos obtidos até o momento. O estado situacional é a base de informações sobre a qual o farmacêutico realizará a revisão da farmacoterapia e a identificação de problemas do usuário relacionados à farmacoterapia, etapas essas que compõem a próxima etapa do método clínico.

Avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia

De posse de todas as informações necessárias sobre o usuário, o farmacêutico deve aplicar um raciocínio clínico sistemático, a fim de avaliar e identificar todos os problemas relacionados à farmacoterapia do usuário, os quais correspondem ao “coração e alma” da prática do seguimento farmacoterapêutico. A identificação e resolução desses problemas são o território próprio do profissional farmacêutico, aquilo que o diferencia de outras profissões da saúde e que justifica, socialmente, sua prática. O propósito de identificar problemas relacionados à farmacoterapia é ajudar os usuários a atingirem suas metas terapêuticas e a obterem o máximo benefício dos medicamentos. Diferente do que se pode pensar, trabalhar com problemas da farmacoterapia não impõe ao farmacêutico uma visão estreita, focada no medicamento. Ao contrário, exige do profissional uma visão integral do usuário, da família e das relações deste, além de uma postura voltada para o cuidado e não para o produto.

A definição do que vem a ser um problema relacionado à farmacoterapia é controverso na literatura internacional. Vários termos são utilizados em português como sinônimos, entre eles “problemas relacionados aos medicamentos (PRM)”, “problemas farmacoterapêuticos” ou “resultados negativos da medicação (RNM)”. Este último consiste numa nova abordagem da questão, proposta no III Consenso de Granada, que busca diferenciar os problemas ocorridos no processo de uso dos medicamentos das falhas nos resultados da farmacoterapia.



Ambiente Virtual

Para obter mais informações sobre o III Consenso de Granada, leia o artigo *Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM)*, disponível na Biblioteca. Essa é uma leitura obrigatória e importante para a compreensão do conteúdo abordado nesta unidade.

O III Consenso de Granada propôs a substituição do termo “Problemas Relacionados com Medicamentos” por “Resultados Negativos da Medicação”, sendo estes entendidos como “resultados de saúde não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou à falha no uso de medicamentos”.

A Rede Europeia de Atenção Farmacêutica (*Pharmaceutical Care Network Europe* - PCNE) define problemas relacionados aos medicamentos como “um evento ou circunstância envolvendo a farmacoterapia que interfere atualmente ou potencialmente com os resultados de saúde desejados”.



Link

Obtenha outras informações e conheça mais sobre a Rede Europeia de Atenção Farmacêutica, acessando o endereço: <http://www.pcne.org/>

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica também traz uma definição para problemas relacionados aos medicamentos (PRM): “Um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do paciente” (IVAMA *et al.*, 2002). O PRM é real, quando manifestado, ou potencial, quando há risco de sua ocorrência. Pode ter origem por diferentes causas, tais como as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos biopsicossociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento. Segundo o consenso brasileiro, a identificação de PRM segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia.



Ambiente Virtual

Aprofunde seus conhecimentos sobre o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, acessando o documento *Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica* da OPAS. O material está disponível na Biblioteca. Essa é uma leitura obrigatória, importante para aprofundamento e compreensão do tema.

O trabalho pioneiro sobre problemas relacionados aos medicamentos foi publicado no início dos anos 1990, por Strand e colaboradores, e segue sendo até hoje o conceito mais difundido sobre o tema. Atualmente, esses autores definem esses problemas como “qualquer evento indesejável vivenciado pelo usuário que envolva a farmacoterapia e que interfere com o alcance das metas terapêuticas do tratamento”

(STRAND *et al.*, 1990). Um problema do usuário, relacionado à farmacoterapia, sempre possui três componentes principais:

- 1) Um evento indesejável ou o risco de um evento indesejável é vivenciado pelo usuário. O problema pode ter a forma de uma queixa clínica, sinal, sintoma, diagnóstico, doença, agravo, disfunção, exames laboratoriais alterados ou uma síndrome. Esses eventos podem ser resultado de condições fisiopatológicas, psicológicas, socioculturais ou mesmo econômicas.
- 2) A farmacoterapia (produtos e/ou regime posológico) faz parte do problema.
- 3) Há uma relação existente ou suspeita entre o evento e a farmacoterapia. O evento pode ser consequência da farmacoterapia, numa relação direta causa-efeito, ou pode requerer a adição ou modificação da farmacoterapia para sua resolução ou prevenção.

O Quadro 1, a seguir, traz as classificações de PRM do Terceiro Consenso de Granada e de Cipolle, Strand e Morley (2004).

Quadro 1 - Classificações de PRM/RNM selecionados.

CLASSIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS (PRM), SEGUNDO CIPOLLE, STRAND E MORLEY	CLASSIFICAÇÃO DE RESULTADOS NEGATIVOS DA MEDICAÇÃO (RNM), DE ACORDO COM O III CONSENSO DE GRANADA
Indicação	Necessidade
Farmacoterapia desnecessária. Necessidade de farmacoterapia adicional.	Problema de saúde não tratado. Efeito de um medicamento desnecessário.
Efetividade	Efetividade
Fármaco inefetivo. Dosagem muito baixa.	Inefetividade não quantitativa. Inefetividade quantitativa.
Segurança	Segurança
Reação adversa ao fármaco. Dosagem muito alta.	Insegurança não quantitativa. Insegurança quantitativa.
Adesão	
Não adesão à terapia.	

Apesar da ausência de um conceito universalmente aceito para o tema, todos os conceitos apresentados são muito semelhantes e partem de problemas de saúde vivenciados pelo usuário, que podem ser causados ou tratados pela farmacoterapia. Além disso, os princípios básicos ligados à farmacoterapia, ao processo de uso de medicamentos e aos seus efeitos terapêuticos sobre o usuário são muito bem compreendidos (consulte a Figura 1 da Lição 2 para lembrar).

A avaliação sistemática da farmacoterapia deve considerar a **necessidade, efetividade e segurança de todos os medicamentos em uso pelo usuário e de sua adesão ao tratamento**. Isto é, deve considerar todas as necessidades ligadas aos medicamentos apresentadas pelo usuário.

A avaliação da **necessidade** do uso de medicamentos pode revelar dois problemas comuns: o uso de medicamentos desnecessários ou sem indicação clara para os problemas de saúde do usuário, ou a necessidade de utilizar medicamentos para um problema de saúde não tratado até aquele momento. Indicação e necessidade são conceitos ligeiramente diferentes. A indicação diz respeito ao uso aprovado do medicamento, descrito na bula do produto. A necessidade parte da situação clínica do usuário. Quando as indicações do medicamento e o problema clínico coincidem oportunamente, há necessidade da farmacoterapia. O uso de um medicamento, portanto, pode ser considerado necessário quando há um problema de saúde que o justifique e/ou quando há uma prescrição médica válida para tal. Se não há uma condição clínica que requeira farmacoterapia, então esta é desnecessária. Por outro lado, se há uma indicação terapêutica que não está sendo tratada, então há necessidade de iniciar a farmacoterapia. Nesta fase, o farmacêutico, continuamente, se pergunta se o problema de saúde do usuário é causado pela farmacoterapia ou se o problema é algo que precisa ser tratado com farmacoterapia.

A **efetividade** da farmacoterapia é a expressão dos efeitos benéficos do tratamento sobre o usuário. A farmacoterapia é considerada efetiva quando conduz ao alcance das metas terapêuticas previamente estabelecidas. A fim de determinar essas metas, o farmacêutico deverá considerar a indicação do medicamento, seu regime terapêutico e o tempo transcorrido do início do uso, necessário para o alcance das metas.

A **segurança** da farmacoterapia consiste na expressão dos efeitos prejudiciais do tratamento sobre o usuário. Um medicamento pode ser considerado seguro quando não causa um novo problema de saúde no usuário, nem agrava um problema de saúde já existente. As Reações Adversas aos Medicamentos (RAM) e a toxicidade são os problemas mais comuns relacionados à segurança da farmacoterapia.

A avaliação da **adesão terapêutica** do usuário também pode revelar dois problemas comuns: a não adesão involuntária (não-intencional) do usuário, que ocorre quando este apresenta dificuldade em cumprir o tratamento ou o segue de forma inconsistente com as instruções do prescritor; e a não adesão voluntária do usuário, situação na qual o usuário decide, intencionalmente, não utilizar seus medicamentos ou fazê-lo de forma diferente das instruções do prescritor.

Vários fatores podem influenciar a adesão do usuário ao tratamento, entre eles o acesso aos medicamentos, condições socioeconômicas e culturais, conhecimento sobre os medicamentos, capacidade cognitiva, complexidade da farmacoterapia, aspectos religiosos, expectativas e medos ligados ao tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica, entre outros.

Na prática do seguimento farmacoterapêutico, a adesão terapêutica pode ser, adequadamente, avaliada a partir de uma revisão detalhada de como o usuário faz uso dos medicamentos e de sua experiência medicamentosa. A responsabilidade do profissional, neste caso, será compreender a dimensão da adesão do usuário ao tratamento e trabalhar a fim de que ela não seja um problema.

Essas quatro dimensões (necessidade, efetividade, segurança e adesão) permitem ao farmacêutico avaliar os medicamentos em uso pelo usuário em toda sua complexidade e o conduzirão à detecção de riscos ou problemas relacionados à farmacoterapia manifestados. As quatro dimensões devem ser sistematicamente avaliadas.

É comum aos farmacêuticos entender a necessidade da farmacoterapia e a adesão terapêutica como dimensões ligadas ao processo do uso dos medicamentos. Por outro lado, a efetividade e segurança são a expressão dos efeitos da farmacoterapia sobre o estado de saúde do usuário, refletindo-se em desfechos de saúde. Na mesma lógica, os erros de medicação constituem desvios ou falhas ocorridas no processo de uso dos medicamentos, principalmente enquanto estes estão sob responsabilidade da equipe de saúde, e podem conduzir a falta de efetividade ou segurança da farmacoterapia.

Boas fontes de informação terciária ³ sobre medicamentos são livros e compêndios que possuam informação atualizada, completa, confiável e aplicável. No Brasil, há consenso de que os bulários, normalmente encontrados nas farmácias, não atendem às condições necessárias e não têm qualidade suficiente para a prática do seguimento farmacoterapêutico.

Diretrizes Clínicas são documentos de orientação ⁴ da conduta profissional baseados nas melhores evidências científicas, normalmente elaborados por entidades médicas e científicas.

Para realizar uma adequada avaliação da farmacoterapia, o farmacêutico deve possuir uma base sólida de conhecimento em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas. O caráter generalista da prática farmacêutica faz com que a atualização e a educação permanente sejam parte do seu cotidiano. É fundamental possuir acesso a boas **fontes de informação**³ sobre medicamentos e às **diretrizes clínicas**⁴.

Uma boa prática clínica deve se basear nas necessidades específicas dos usuários, nas melhores evidências disponíveis e na experiência do profissional para a tomada de decisões, que maximizem as chances de benefícios ao usuário.

Delineamento de um plano de cuidado em conjunto com o usuário

Nesta fase do processo de seguimento farmacoterapêutico, o usuário já foi avaliado, todas as informações relevantes foram coletadas. O farmacêutico estudou o caso suficientemente, revisou toda a farmacoterapia e identificou problemas relacionados à farmacoterapia presentes e potenciais. Há uma lista de problemas a serem resolvidos. O próximo passo será construir um plano de cuidado. É aceitável que todo esse processo inicial leve a mais de uma consulta para casos mais complexos.

O objetivo do plano de cuidado, ou plano de intervenções, é determinar, em conjunto com o usuário, como manejar, adequadamente, seus problemas de saúde, utilizando a farmacoterapia, e estabelecer tudo o que deve ser feito para que o plano seja cumprido.

O Plano de cuidado será composto de três partes: metas terapêuticas, intervenções voltadas aos problemas relacionados à farmacoterapia e o agendamento das avaliações de seguimento.

Elaborar um plano de cuidado requer tomada de decisões clínicas. É altamente recomendável a utilização de um **modelo de decisões compartilhadas centrado no usuário**. Envolver o usuário aumenta a adesão terapêutica, dá maior suporte ao autocuidado, além de aumentar as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos a longo prazo.

Definir as **metas terapêuticas** consiste, portanto, em um trabalho de negociação entre farmacêutico e usuário. Para medicamentos prescritos, pode, ainda, ser necessário conversar com o prescritor,

caso haja dúvida sobre as metas terapêuticas a serem atingidas com algum tratamento. De modo geral, o que o farmacêutico precisa ter em mente é que devem ser definidas metas claras para toda a farmacoterapia e não apenas para medicamentos indicados pelo farmacêutico ou para problemas relacionados à farmacoterapia.

Na prática, há dois componentes essenciais que precisam ser definidos para cada meta terapêutica:

- 1) Os parâmetros clínicos e/ou laboratoriais mensuráveis, que serão utilizados para medir o resultado. Esses podem ser sinais ou sintomas observáveis pelo profissional e pelo usuário e/ou por exames laboratoriais com valores de referência a serem alcançados.
- 2) O prazo definido para alcance dos resultados. Esse prazo deve levar em consideração o tempo esperado para que se produzam as primeiras evidências de efeitos e o tempo necessário para obtenção de uma resposta completa da farmacoterapia.

Uma vez que todas as metas terapêuticas estão claras e definidas, são delineadas as **intervenções farmacêuticas** necessárias. Entende-se como intervenção farmacêutica o “ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e profissionais de saúde, que visa resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia e garantir o alcance das metas terapêuticas” (SABATER *et al.*, 2005). Cada intervenção deve ser individualizada de acordo com a condição clínica do usuário, suas necessidades e problemas relacionados à farmacoterapia. O delineamento de uma intervenção deve considerar as opções terapêuticas disponíveis e deve ser feito em colaboração com o usuário e, quando apropriado, com seu familiar, cuidador ou médico responsável. Além disso, todas as intervenções devem ser documentadas.

Quando a intervenção envolve modificação de medicamentos prescritos será necessário **contatar o prescritor**.

Em princípio, a substituição, adição ou modificação do regime posológico de medicamentos prescritos não deve ser feita sem anuência do prescritor. Esse contato pode ser feito, basicamente, de três maneiras:

- 1) contato pessoal ou telefônico;
- 2) envio de carta escrita ao prescritor; ou
- 3) orientação ao usuário para que converse com o médico sobre a necessidade de alteração.

Cada uma dessas três estratégias pode ser mais ou menos adequada, dependendo de cada caso. Para serviços generalistas, voltados a usuários de todas as idades, o contato com o prescritor do medicamento faz-se necessário entre 20% e 25% dos casos apenas. Em práticas mais especializadas, voltadas a usuários crônicos, esse contato não passa de 50%. De modo geral, a maioria dos problemas relacionados à farmacoterapia podem ser negociados e resolvidos diretamente entre farmacêutico e usuário, por tratarem-se de problemas ligados ao comportamento do usuário e à necessidade de orientação. Reforçamos a importância do contato com o prescritor todas as vezes que o problema exigir modificações na prescrição.

O último passo na elaboração do plano de cuidado é definir o prazo necessário para que o usuário volte à consulta farmacêutica e qual será a frequência dessas consultas, a fim de se avaliar os resultados da farmacoterapia e das intervenções ao longo do tempo. Este passo corresponde ao **agendamento para as avaliações de seguimento** do usuário. O tempo que deve transcorrer entre as consultas depende de muitos fatores, entre os quais o prazo necessário para que se observem os resultados da farmacoterapia, em termos de efetividade e segurança. Para usuários com quadros mais graves ou problemas relacionados à farmacoterapia de maior complexidade, o seguimento deverá ser feito mais amigável. Para usuários que não apresentam problemas relacionados à farmacoterapia, o seguimento deve ter por objetivo manter as condições de alcance das metas terapêuticas e prover cuidado contínuo ao usuário. Dependendo da demanda de serviços farmacêuticos, os encontros ficam condicionados a própria agenda do farmacêutico. Por esse fato, o farmacêutico também deve planejar sua capacidade de atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Seguimento individual do usuário

Entre todas as etapas do processo de seguimento farmacoterapêutico, o seguimento individual do usuário e a avaliação dos resultados terapêuticos obtidos é seguramente a fase mais importante. Cipolle, Strand e Morley (2004) chegam a afirmar em seu guia: “se não houve seguimento, não houve atenção farmacêutica”. De fato, o seguimento dos resultados obtidos após a implantação do plano de

cuidado é que faz do seguimento farmacoterapêutico uma prática orientada ao usuário e aos resultados da farmacoterapia, mais do que ao processo de uso de medicamentos.

Charles Hepler (2004), um dos mais importantes pensadores da farmácia do século XX, afirma que a ausência de seguimento consiste na principal falha do sistema de saúde atual e que a frequência das consultas médicas, raramente, é ditada pelo tempo da farmacoterapia, motivos esses, altamente, relacionados ao surgimento de eventos adversos, ligados aos medicamentos. No Brasil, Mendes (2010) aponta, como um dos principais problemas do sistema de saúde, a orientação do modelo de atenção às condições agudas, em detrimento da atenção às condições crônicas, que deve se basear na continuidade, no seguimento e no suporte ao autocuidado.

Três atividades essenciais compõem a etapa de seguimento do usuário: avaliação dos resultados terapêuticos e evolução clínica do usuário; avaliação do alcance das metas terapêuticas; e identificação de novos problemas.

Nas consultas de retorno, o farmacêutico terá a possibilidade de verificar as mudanças de comportamento do usuário, da prescrição médica, dos exames laboratoriais e dos relatos do usuário sobre seus sintomas. Para cada indicação, um plano de cuidado, com metas terapêuticas definidas, medidas não-farmacológicas e farmacoterapia específicas. Para cada plano de cuidado, um prazo determinado de seguimento e a observação clínica de mudanças em sinais, sintomas, exames laboratoriais e na percepção do usuário sobre sua saúde (desfechos).



Agora, apresentaremos dois vídeos que mostram como pode ser realizada a primeira entrevista com o usuário no seguimento farmacoterapêutico e a consulta de retorno (segundo atendimento). Aconselhamos que você assista ao vídeo todo, do início ao fim, e faça anotações sobre o caso clínico que é apresentado. No vídeo referente à segunda entrevista, observe como o farmacêutico constrói um plano de cuidado em colaboração com o usuário e cria bases para que os problemas relacionados com os medicamentos sejam equacionados, possibilitando, assim, o início do monitoramento da evolução do usuário.

- **Vídeo 1** - *Seguimento: Primeiro encontro* (parte 1, 2 e 3)

- **Vídeo 2** - *Seguimento: Segundo encontro* (parte 1 e 2)

Esses vídeos foram produzidos pelo Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica (GPDAF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para o Curso “Farmacêuticos na APS – Construindo uma relação integral”.

Acesse o AVEA e confira!

Lição 5 – Tornando o seguimento farmacoterapêutico uma realidade

O objetivo de aprendizagem desta lição é descrever as condições de estrutura e processo necessárias para incorporação desta atividade na atenção primária à saúde. Acompanhe!

A gestão da assistência farmacêutica precisa, definitivamente, integrar, de forma articulada, entre suas diversas responsabilidades: os produtos e serviços, a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos, clínicos e sociais. Essas ações, ainda que devam se retroalimentar e reavaliar a partir de dados sobre a efetividade dos serviços, da farmacovigilância e de estudos de utilização de medicamentos, caracterizam-se pela ausência de enfoque clínico. As ações assistenciais que compõem o SFT, por outro lado, visam garantir que os cuidados, envolvendo o uso do medicamento, não se encerrem no ato da entrega dos produtos, pois essas ações devem estar integradas às rotinas dos serviços de saúde e ao trabalho da equipe de saúde como um todo.

As ações, atividades e tarefas, aqui preconizadas, estão consubstanciadas pelo novo perfil profissional farmacêutico, assegurado pelos marcos referenciais do atual modelo de política de medicamentos e assistência farmacêutica, que estabelece que este desenvolva as seguintes competências e habilidades (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011):

- 1) conhecer as políticas de saúde pública;
- 2) planejar e executar as ações de gestão da assistência farmacêutica técnica e gerencial;
- 3) integrar equipes multiprofissionais de saúde;
- 4) selecionar medicamentos, analisando os parâmetros clínicos, epidemiológicos, de qualidade, farmacológicos, de custos e legais;
- 5) ter a ética como parte da sua prática profissional;
- 6) entender da legislação farmacêutica;
- 7) orientar o usuário em relação ao armazenamento, aos efeitos indesejáveis, às interações e às interferências de medicamentos;
- 8) ser capaz de analisar uma prescrição do ponto de vista legal, farmacocinético e farmacodinâmico;
- 9) gerir e administrar estabelecimentos farmacêuticos;
- 10) monitorar e avaliar a evolução do tratamento farmacológico de seus usuários;
- 11) atuar como fonte de informação fidedigna sobre medicamentos, disponibilizando informações sobre medicamento aos pesquisadores, profissionais da área de saúde e à comunidade.

Como afirmam Correr, Otuki e Soler (2011), sabe-se que a estruturação de uma estratégia, como a implantação do SFT, nos serviços, encontrará dificuldades inerentes a qualquer processo de inovação.

Cumpra registrar que será necessário superar limitações relacionadas com estrutura, organização, sistematização das atividades, treinamento dos auxiliares de farmácia, informatização e rede, gestão de suprimentos, prontuários eletrônicos, dificuldade de retorno de informação para o médico e à equipe de saúde, bem como o registro de produtividade. Além disso, somente farmacêuticos com treinamento específico em seguimento farmacoterapêutico devem realizar esse ato. Caso você queira iniciar, deve estar preparado e começar com poucos usuários, estudando profundamente cada caso e discutindo a situação clínica com os outros membros da equipe de saúde, se possível.

A integração dos farmacêuticos às equipes de saúde não é um processo fácil e rápido. Alguns obstáculos terão que ser transpostos por meio de treinamentos específicos e muito trabalho. Pelo menos três momentos representarão desafios a serem superados, e que já podem ser considerados como componentes a serem trabalhados:

- O primeiro obstáculo será a compreensão do novo papel do farmacêutico pelos membros das equipes, o qual poderá ser superado por meio da apresentação, do esclarecimento e da sensibilização dos trabalhadores envolvidos, possibilitando uma aproximação entre os distintos atores. Ao compreender a importância das ações propostas, os agentes comunitários de saúde – ACS serão os principais aliados.
- O segundo obstáculo será a superação das carências na formação dos próprios farmacêuticos, a exemplo das dificuldades na abordagem aos usuários, especialmente na comunicação com os idosos e suas dificuldades de adesão ao tratamento, entre outras. A realização de treinamento específico para os farmacêuticos, com a participação de profissionais experientes, é fundamental para que se aperfeiçoem, conquistando a confiança, a cumplicidade e empatia dos usuários.
- O terceiro obstáculo será a insegurança na interlocução com os profissionais prescritores, em especial os médicos. Grupos operativos/educativos periódicos, para a estruturação e discussão de protocolos clínicos e socialização das informações sobre o monitoramento e avaliação de usuários, podem minimizar esse problema e facilitar sua interlocução.

Falando em gestão

Como você avalia as condições atuais dos serviços onde atua para que o seguimento farmacoterapêutico seja uma realidade?

É provável que você, rapidamente, elenque uma série de barreiras. Mas, vamos pensar em como os instrumentos de gestão, já abordados durante todo o Curso, podem ajudar a criar condições mais favoráveis para a estruturação desses serviços farmacêuticos. Com certeza, ter dados de avaliações sobre os resultados do uso dos medicamentos, dos seus problemas, dos custos que representam para o próprio serviço, do impacto sobre os indicadores de saúde da população, são instrumentos importantes para a argumentação e negociação de novos patamares para os serviços farmacêuticos. Trazer o assunto à tona no âmbito dos próprios serviços, das reuniões, das atividades com a população, com os conselhos de saúde, também reforçam as condições para que, reconhecido e lembrado, o serviço entre na pauta da gestão e da sociedade. Vamos pensar sobre isso?

Por fim, processos de investigação, no que tange ao desenvolvimento e à aplicação de tecnologias para a gestão clínica dos medicamentos, são prementes. Entre as lacunas estão o desenvolvimento de **ferramentas de estratificação do risco relacionado ao uso dos medicamentos**, necessárias para organizar a seleção de usuários e a oferta de serviços nos territórios; de **modelos lógico-conceituais de serviços farmacêuticos clínicos**, embasados por evidência e validados para a realidade brasileira; e de **indicadores de qualidade mensuráveis**, que possam ser aplicados para a avaliação e acreditação dos serviços farmacêuticos clínicos.

Não existe uma fórmula pronta para a incorporação do SFT nos serviços. Isso depende do nível de estruturação de toda gestão da assistência farmacêutica, da disponibilidade de farmacêutico para atuar, diretamente, junto ao usuário (na Atenção Primária à Saúde, na Estratégia de Saúde da Família ou via Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e, principalmente, depende da competência clínica e da formação deste profissional, que o fará capaz de intervir, de maneira adequada e significativa, junto à forma como o medicamento é utilizado pela equipe de saúde e pela população.

O conteúdo abordado nesta unidade visou esclarecer informações importantes sobre os modelos de seguimento farmacoterapêutico, oferecendo um ponto de partida para a construção desta competência. Espera-se que você seja capaz, a partir das informações contidas na unidade, de compreender o que é SFT e perceber como esta

atividade poderia se encaixar na rotina atual, ou quais mudanças (sutis, moderadas ou extraordinárias) devem ser promovidas a fim de que o uso racional de medicamentos deixe de ser um discurso e passe a ser parte da produtividade dos serviços de saúde.



Ambiente Virtual

Concluímos os estudos desta unidade. Acesse o AVEA e confira as atividades propostas. Bons estudos!

Análise crítica

O seguimento farmacoterapêutico (SFT) tem o potencial de agregar grande valor à assistência farmacêutica, aumentando a eficiência e a resolubilidade do uso de medicamentos. O Brasil, entretanto, enfrenta, em muitos municípios e estados, desafios de ordem estrutural e de competências que estão na base da organização da assistência farmacêutica, o que faz com que o SFT pareça ser algo distante da realidade. É evidente, por outro lado, que naqueles municípios e estados onde os serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos estão bem resolvidos, a implantação de SFT passe a ser uma prioridade de gestão. Um ponto crítico, que deve estar claro para qualquer gestor, é que o SFT é um serviço clínico de alta complexidade e baixa densidade tecnológica, que exige profissionais com treinamento adequado e alta competência clínica. É improvável que um farmacêutico plenamente envolvido na gestão técnica do medicamento ou na dispensação tradicional de medicamentos encontre tempo ou consiga a dedicação necessária para se integrar à equipe de saúde e atuar no cuidado dos usuários. Assim, o SFT pode ser visto como o próximo passo necessário da integração dos serviços farmacêuticos ao processo de cuidado em saúde. Isso, certamente, exigirá uma nova geração de farmacêuticos clínicos, capazes de participar da equipe de saúde de forma plena e de se relacionarem com a gestão da assistência farmacêutica, de modo a aumentar a eficiência do processo de uso de medicamentos.

Referências

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Supl, p.733-736, 2008.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice**. New York: McGraw-Hill, 1998.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 2004.

CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHIORS, A. C.; SOUZA, R. A. P.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p.87 - 96, 2009.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J.; OTUKI, M.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: da gestão técnica à gestão clínica do medicamento. Material não publicado [submetido]. 2011.

FERNÁNDEZ-LLIMOS, F., *et al.* Morbidity and mortality associated with pharmacotherapy. Evolution and current concept of drug-related problems. **Curr Pharm Des**, v. 10, n. 31, p. 3947-67, 2004.

FUCHS, F.D.; WANMACHER, L; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; MIRALLES, M. A.; HEPLER, C. D.; SEGAL R; DOTY, R. E.; BEN-JOSEPH, R. Therapeutic outcomes monitoring: application of pharmaceutical care guidelines to community pharmacy. **J Am Pharm Assoc**, v. 37, n. 6, p. 647-61, 1997.

HEPLER, C. D., GRAINGER-ROUSSEAU, T. J. Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? **Drugs**, v. 4, n. 1, p. 110, 1995.

HEPLER, C. D. Clinical pharmacy, pharmaceutical care, and the quality of drug therapy. **Pharmacotherapy**, v. 24, n. 11, p. 1491-8, 2004.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in the pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, v. 47, p. 533-543, 1990.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. **Guía de seguimiento farmacoterapéutico**. 3. ed. Granada: GIAF-UGR, 2007.

HURLEY, S.C. A method of documenting pharmaceutical care utilizing pharmaceutical diagnosis. College of Pharmacy, Idaho State University. Disponível em: <<http://www.otc.isu.edu/~hurley/phmdrome.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2004.

IVAMA, A. M., *et al.* **Proposta – Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

KOZMA, C. M. Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes: A Planning Model for Pharmacoeconomic Research. **Clinical Therapeutics**, v. 15, n. 6, p. 1121-1132, 1993.

MACHUCA, M.; FÉRNANDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. **The Dáder Method: a guide for pharmacotherapy follow-up**. Granada: Universidad de Granada; 2003. 46 p.

McANAW, J. J., MCGREGOR, A. M., HUDSON, S.A. The pharmaceutical care of patients with hypertension: an examination of service models in primary care in the US. **Pharm World Sci**, Hague, v. 23, n. 5, p. 189-194, 2001.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C. da; SUDO, E. C.; ORTUN, V.. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. supl, p. 589-601, 2008.

ROVERS, J. P., *et al.* **A practical guide to pharmaceutical care**. Washington: American Pharmaceutical Association, 2003. 316 p.

SABATER, D., *et al.* Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v. 3, n. 2, 2005.

STRAND, L. M., *et al.* Drug-related problems: their structure and function. **DICP**, v. 24, n. 11, p. 1093-7, 1990.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pharmacy based asthma services: protocol and guidelines**. Copenhagen: WHO, 1998. 131p.

Autores

Cassyano Januário Correr

Cassyano Januário Correr possui graduação em Farmácia pela Universidade Estadual de Londrina (1998); especialização em Gerontologia pela Universidade Tuiuti do Paraná (2002); mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná (2004); doutorado em Medicina Interna (Diabetes) pela Universidade Federal do Paraná (2008) e Pós-Doutorado em Sócio-Farmácia pela Universidade de Lisboa, Portugal (2012). Atualmente, é Professor Adjunto do Departamento de Farmácia, pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Paraná e do Programa Interinstitucional de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em uso racional de medicamentos, avaliação de tecnologias em saúde, farmacoeconomia, atenção farmacêutica e atenção primária à saúde.

<http://lattes.cnpq.br/7940594759624092>

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat

Lúcia de Araújo Costa Beisl Noblat é graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1977), mestra em Farmácia Clínica pela *School of Pharmacy University of London* (1994), doutora em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (2006). Professora Associada III do Departamento do Medicamento da Universidade Federal da Bahia, das disciplinas de Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, Farmácia Hospitalar, e coordenadora do Estágio Supervisionado Farmacêutico. Pesquisadora do Programa Interinstitucional de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Membro da Câmara Técnica de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Responsável pela implantação, coordenação e desenvolvimento do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, do Complexo Hospitalar Prof. Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em farmácia clínica, atenção farmacêutica, farmácia hospitalar, uso racional de medicamentos e farmacovigilância.

<http://lattes.cnpq.br/6695728353320968>

Mauro Silveira de Castro

Possui graduação em Farmácia e Bioquímica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (1978); especialização em Antropologia Filosófica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1983); especialização em Farmácia Hospitalar para o Controle de Infecção pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1986); mestrado em Farmacologia pela Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (1996); doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela UFRGS (2004); mestrado-profissionalizante em *Máster Universitario En Atención Farmacéutica* pela Universidad de Granada (2003) e aperfeiçoamento em Curso Latino Americano de Farmácia Clínica pela Pontifícia Universidad Católica de Chile (1989). Atualmente, é Professor Adjunto da UFRGS, revisor de periódico da Revista de Saúde Pública / *Journal of Public Health* e Revisor de periódico da Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em atenção farmacêutica, atuando, principalmente, nos seguintes temas: adesão, atenção farmacêutica, hipertensão, farmácia clínica.

<http://lattes.cnpq.br/6452901126311012>

Ministério da
Saúde

