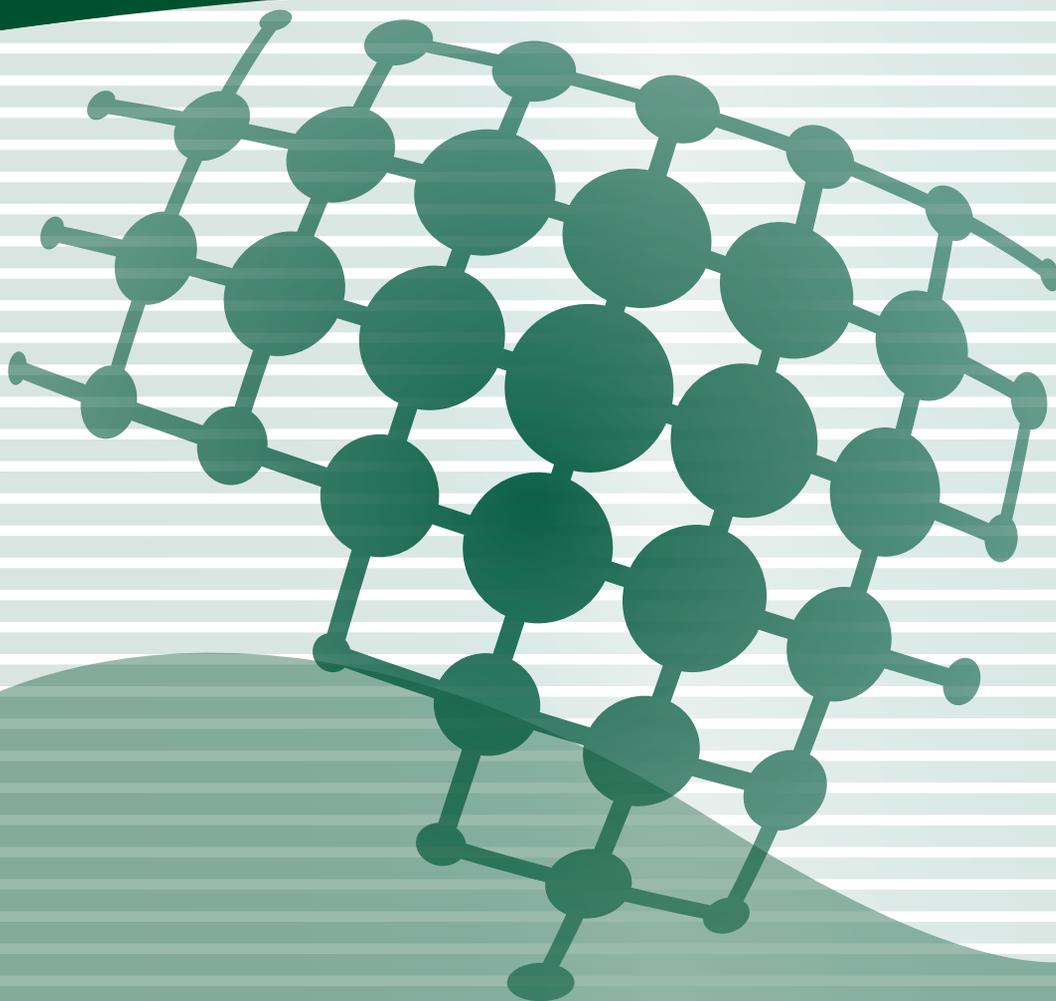


Gestão da Assistência Farmacêutica

EaD



Eixo 3: Estudos Complementares

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

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

MÓDULO 8

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Mozart Júlio Tabosa Sales

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES) Felipe Proenço de Oliveira

Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) Carlos Augusto Grabois Gadelha

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 Edison da Rosa

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 Míriam de Barcellos Falkenberg

Subchefe do Departamento Maique Weber Biavatti

Coordenadora do Curso Eliana Elisabeth Diehl

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 Alessandra Fontana, Bernd Heinrich Storb, Fernanda Manzini, Kaite Cristiane Peres, Guilherme Daniel Pupo, Marcelo Campese, Samara Jamile Mendes

AUTORES

Fabiola Bagatini Buendgens

Fernanda Manzini

© 2013. 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

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 Soraya Flaqueiro

Revisão Textual Isabel Maria Barreiros Luclktenberg

Coordenadora de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Felipe Augusto Franke

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

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

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 Müller Lohn

Design Gráfico Taís Massaro

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| UNIDADE 2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 7 |
| Lição 1 – Promoção da saúde e os modelos de práticas educativas em saúde..... | 9 |
| Lição 2 – Sete Teses sobre Educação em Saúde de Briceño-Léon | 23 |
| Lição 3 - Um olhar sobre os materiais educativos utilizados nos serviços de saúde | 38 |
| REFERÊNCIAS | 47 |

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 realizado 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 (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 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 nos aspectos biológicos 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, onde foi abordado o 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,

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 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.

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.

Em 1986, foi realizada a **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**² 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. Esta tendência tem como base os pressupostos estabelecidos na Carta de Ottawa.

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 Promoção da Saúde 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 constitui-se 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).

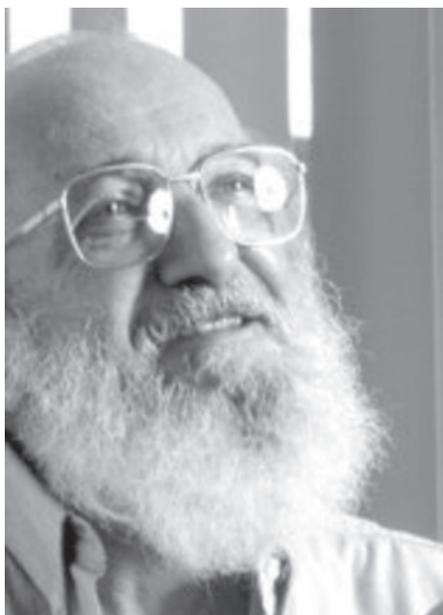


Figura 1 - Paulo Freire

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

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 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 solução/resposta 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 e colaboradores (2014), 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 *et al.*, 2014).

A partir da análise de Nakamura e colaboradores (2014), 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 à 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 já abordado na Unidade 1 - *O processo saúde-doença-cuidado*, do Módulo 2, a saúde, para alguns, 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 irá nortear a organização das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e está intimamente relacionada às dinâmicas de cuidado existentes.
- 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, 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 o retorno à Unidade 1 - *O processo saúde-doença-cuidado*, do Módulo 2, e a leitura do texto *A Saúde e seus Determinantes Sociais*, de Buss e Pellegrini Filho, publicado no periódico *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. O texto está disponível na Biblioteca.

Contar com o indivíduo, segundo Bricenõ-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 (BRICENÕ-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 cultural, 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 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 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, 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 irá aderir 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, tem-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 a construção do conhecimento, promovendo nos indivíduos o desenvolvimento de autonomia e corresponsabilização (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**³ 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

3 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; BÜCHELE; 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” 4 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-recompensa⁴.

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 Ottawa (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, pois 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, ressaltando 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). Esses objetivos contrariam os pressupostos da ideologia liberal, segundo a qual cada indivíduo deve lutar pelos seus sonhos e conquistar seus objetivos, enfraquecendo as lutas pelos objetivos coletivos.

Esta Tese está muito relacionada ao empoderamento comunitário, em que 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, sendo que, por conta disso, hoje todos os brasileiros usufruem desta conquista.

No âmbito da assistência farmacêutica, um exemplo de cooperação comunitária é a garantia do acesso universal e gratuito a medicamentos antirretrovirais 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 esses 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 comunitaria*, de Roberto Briceño-León, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*. O artigo está disponível na Biblioteca.

Embora já se tenham passado quase 20 anos da publicação dessas 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.

Falando em gestão

As lições apresentadas neste conteúdo, até aqui, nos fazem refletir o quanto as ações chamadas “educativas” dependem, essencialmente, da compreensão que temos sobre cidadania, direitos, deveres, saber, e qual o papel de cada um de nós na sociedade. Como toda ação em saúde é uma ação de educação em saúde, ela acontece mesmo que não tenhamos a intensão (muitas vezes ensinando na prática o que nós mesmos consideramos inadequado). Mas, o desenvolvimento de ações planejadas para a educação em saúde, em grande parte das vezes, depende muito da disposição e iniciativa de determinados profissionais, que sentem a necessidade da ação e que se sentem motivados para tal, muitas vezes sem contar com estrutura ou apoio adequado. Contudo, um serviço de farmácia apropriado deve ter a educação em saúde como atividade permanente e estruturada, como parte inerente ao processo de trabalho. As farmácias precisam estar estruturadas para isto. Em 2009, a publicação “Diretrizes para estruturação de farmácia no âmbito do SUS”, do Ministério da Saúde, apontou a necessidade de ter este como um serviço a ser ofertado nas farmácias. Para tanto, prevê, na estrutura física, dispositivos para divulgação de informativos, tanto em impressos quanto em mídia áudio-visual, e a disponibilidade de salas para atividades como oficinas, reuniões de grupos, e também atendimentos individuais com finalidades educativas. A educação em saúde, portanto, precisa estar na pauta da gestão da assistência farmacêutica, desde o planejamento de ações específicas para educação ou para direcionamento dos processos de trabalho com o cuidado com a educação não verbal, atitudinal, de formas de trabalho; do planejamento e execução das atividades formais de educação em saúde para o uso responsável dos medicamentos por todos os envolvidos, garantindo recursos, equipamentos, espaços, além de ser responsável pela qualidade dos materiais educativos utilizados nas atividades. Sobre este último ponto, muitos são os erros que costumam ser repetidos e que merecem nossa atenção. Na próxima lição, muitos alertas nos fazem pensar nos materiais educativos que conhecemos e produzimos.



Acesse o documento *Diretrizes para estruturação de farmácia no âmbito do Sistema Único de Saúde*, e veja o que esta publicação traz sobre educação em saúde e a incorporação dessa temática nos serviços farmacêuticos. O documento está disponível na Biblioteca.

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 apelo visual ao material, o que, dependendo do receptor, podem ser 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-medimento”.



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, estilo, apresentação e 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. Propusemos, 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/midiateca/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, P. **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.

NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N.; SOARES, L.; FARIAS, M. Pharmaceutical services and health promotion: How far have we gone and how are we faring? Scientific production in pharmaceutical studies. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, 2014.

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.

Autoras

Fabíola 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>