

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA INOVADORA PARA A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Josélia Cintya Quintão Pena Frade
Virgínia Torres Schall

A importância do processo educativo como estratégia para a promoção do uso racional está definida na PNM (MS, 2002). Outros documentos, como o relatório do grupo consultivo da OMS, *Preparando o farmacêutico do futuro*, que analisou a necessidade de serviços farmacêuticos nos sistemas de saúde, em termos mundiais, identificou como um dos papéis essenciais, para o “farmacêutico sete estrelas”, ser educador (OMS, 1997). A participação desses profissionais em ações educativas individualizadas e comunitárias também está definida no código de ética do farmacêutico e em legislações que regulamentam as atribuições dessa categoria profissional no Brasil (CFF, 2004; CFF, 2001; ANVISA, 1999; CFF, 1997).

Atualmente, a principal atividade técnica exercida em uma farmácia no Brasil, seja ela pública ou privada, é a dispensação (FRADE, 2006). Segundo um consenso espanhol, essa é a atividade central do farmacêutico e corresponde à principal necessidade imediata do usuário (MSC, 2001). Por outro lado, esta tem sido considerada como o serviço que mais tempo ocupa no cotidiano do farmacêutico (CORRER, 2004; GASTELURRUTIA, 2004; SCHOMMER, 2002). Várias definições desta prática estão descritas em outros capítulos deste livro.

Segundo ARIAS (1999), durante esse ato o farmacêutico informa e orienta o usuário sobre o uso adequado do medicamento. A ênfase no cum-

primento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos, entre outros, são elementos importantes da orientação farmacêutica.

As informações sobre medicamentos mais demandadas pelos usuários, em uma farmácia, referem-se à posologia e indicação. Além disso, questionam sobre a doença que apresentam e sobre o funcionamento do sistema sanitário (OENNING et al., 2011; GALATO et al., 2008; FERNÁNDEZ, 2004).

A informação sobre medicamento influencia o comportamento do usuário. Jimeno apud Fernández-Llimós afirmou que *“El medicamento no es sólo la sustancia que lo compone, sino ésta más la información”*. Segundo este autor, as informações sobre medicamentos é parte inerente de toda especialidade farmacêutica. Philips apud Fernández-Llimós descreveu que *“proporcionar medicamentos sin información es tan inaceptable como proporcionar información sin medicamentos”* (FERNÁNDEZ-LLIMÓS, 1999).

A bula de medicamentos tem sido considerada como a principal fonte de informação escrita para os usuários, no Brasil. A linguagem técnica, a falta de escolaridade e a dificuldade visual tornaram essas um veículo de informação inacessível a grande parcela da população brasileira, especialmente aos idosos e aos indivíduos com baixo nível de escolaridade. Além desses aspectos, a ausência de informações importantes nas bulas reduz o seu valor enquanto material educativo (LYRA Jr., 2005; SILVA, 2000).

Diante do exposto, a dispensação não pode ser entendida simplesmente como a entrega de medicamento, mas como um conjunto de atitudes e ações que incluem esse ato. A má utilização de medicamentos, por falta de informação possibilita o desenvolvimento de problemas de efetividade e segurança relacionados ao tratamento (OENNING et al., 2011; CFF, 2005; NAVES, 2005; GASTELURRUTIA, 2004; MSC, 2001).

A natureza do medicamento como produto potencialmente perigoso para a saúde exige uma constante avaliação dos riscos e benefícios. O risco não está associado apenas à sua composição química, dose ou modo de administração, mas, também, ao comportamento do usuário. Portanto, é fundamental durante o processo da dispensação, além de entregar o medica-

mento em ótimas condições, informar os usuários sobre o seu processo de uso e medidas não farmacológicas, com o objetivo de aumentar os conhecimentos do usuário, desenvolver habilidades e torná-lo capaz de assumir seu tratamento (ARRAIS et al., 2007). Uma adequada dispensação possibilita a prevenção de erros de medicação¹ e de problemas relacionados ao medicamento (PRM) (GASTELURRUTIA, 2004).

Nesse contexto, o papel educativo do farmacêutico não pode ficar restrito apenas à orientação individualizada dos usuários no momento da dispensação. A interação desse profissional nas ações comunitárias promovidas pelo governo, nas reuniões para grupos de usuários nas unidades básicas de saúde, nas ações comunitárias locais, dentre outros, são estratégias que possibilitarão a interação dos mesmos com outros profissionais de saúde e uma atuação mais ampla, inclusive no que se concerne a prevenção primária. Essa interação é assegurada pela RDC nº 44/2009 a qual afirma que a farmácia pode participar de campanhas e programas de promoção da saúde e educação sanitária promovido pelo poder público.

A educação do usuário e de seus familiares tem sido considerada em vários consensos nacionais e internacionais como um dos pilares do tratamento das doenças. Tem como objetivo habilitá-los a participar ativamente do tratamento e, assim, maximizar a resposta, aprimorar as técnicas de uso dos medicamentos, aumentar o conhecimento sobre a doença e as medidas não farmacológicas, além de desenvolver habilidades para o automanejo (NHLBI, 2004; SBPT, 2002; SBH, 1998; NHLBI, 1997).

O impacto positivo da educação na mudança ativa de comportamento frente à doença tem sido apontada em diversos estudos (SBPT, 1996; OLMEDO, 2000). Diferentes profissionais de saúde têm sido envolvidos em trabalhos dessa natureza, como por exemplo: médicos, enfermeiros e farmacêuticos, em atuação individual ou multiprofissional. Resultados positivos de suas intervenções têm sido descritos na literatura (GRIFFITHS, 2004; SAINI, 2004; BETTENCOURT, 2002; CORDINA, 2001; CHAN, 2001; ERICKSON, 2000; OSMAN, 1999; LIU, 1999; SUDRE, 1999; MULLOY, 1996; PAULEY, 1995; HUNTER, 1994).

¹ Erros de dispensação são definidos como a discrepância entre a ordem escrita na prescrição médica e o atendimento dessa ordem. (ANACLETO 2003, p.18)

Em um estudo de revisão para a Cochrane Library foram analisados 22 artigos e os autores concluíram que os programas educativos diminuem o número de internações, de consultas no pronto socorro e de absenteísmo ao trabalho e à escola. Os programas mais efetivos foram os que tornaram os usuários mais ativos no processo, ou seja, os que não ficaram restritos apenas ao aumento de conhecimentos, mas permitiram o desenvolvimento de habilidades para ajuste dos tratamentos mediante um plano de ação escrito (GIBSON, 2006a; GIBSON, 2006b; GIBSON, 2000).

Para aumentar o envolvimento dos farmacêuticos na educação individualizada ou coletiva dos usuários, é necessário investir em formação. Temas como desenvolvimento de programas e de materiais educativos, prática focada no usuário e orientada a contribuir para reduzir a morbimortalidade relacionada aos medicamentos, necessitam ser abordados. A OMS (2005) tem alertado para a importância da atuação dos profissionais de saúde nas doenças crônicas, pois o grande aumento destas nas últimas décadas contribuiu para mais da metade da carga mundial de morbidade. No entanto, tais práticas estão pouco presentes na realidade brasileira, sobretudo na formação dos farmacêuticos. Portanto, a educação em saúde deve ser incluída nos currículos dos cursos de graduação desses profissionais e em programas de atualização.

O presente capítulo visa estabelecer um breve panorama histórico da educação em saúde no Brasil; apresentar e discutir alguns conceitos, alternativas metodológicas e processos de avaliação. Com isso, espera-se estimular a reflexão sobre a trajetória da área e de sua repercussão nas práticas de saúde, possibilitando a ampliação dos espaços de diálogo com a população e o aperfeiçoamento da atuação dos profissionais de saúde.

I. BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE E DE CONCEITOS FUNDAMENTAIS

No início do século XX, a educação em saúde (ES) teve, no Brasil, seu desenvolvimento associado às campanhas de controle das grandes endemias infectoparasitárias, orientada por uma pedagogia higienista e uma prática vertical. A partir do final da década de 1950, acompanhando o advento de novas teorias e estratégias de educação em saúde no mundo, o Brasil inicia

também um movimento de transformação na área (SILVA et al., 2010; SCHALL, 1999 b; SCHALL et al. 2007). Esse movimento nacional tem a liderança de educadores comprometidos com a participação da população. Como por exemplo, a professora Hortênsia Hurpia de Hollanda, que coordenou equipes de pesquisadores, muitos dos quais lideram hoje grupos de pesquisa que contribuem para a ampliação da educação em saúde no país. A partir dessa década foi possível observar a valorização do desenvolvimento da comunidade e de habilidades pessoais, o que está expresso em diversos documentos de conferências da OMS sobre promoção de saúde, dentre as quais a *Declaração de Alma Ata* (OMS, 1978), a *Carta de Ottawa* (OMS, 1986) e a *Declaração de Jacarta* (OMS, 1997). Portanto, a partir dos anos 60, os profissionais passaram a compartilhar esta nova dimensão, os novos métodos e técnicas empregadas na ação educativa, de modo a adquirirem conhecimentos fundamentais alinhados com a perspectiva da participação comunitária e a consideração do saber popular (ORNELLAS, 1981).

A trajetória da ES reflete o processo de transformação, permeado por limites e manipulação política de sua prática, o qual se faz presente na própria nomenclatura da área, denominada na segunda metade do século XIX de “educação higiênica”, com ênfase nos determinantes biológicos da doença associada à revolução bacteriana. Passa a “educação sanitária”, nos anos de 1920, com o desenvolvimento da saúde pública, enfatizando processos de prevenção, mas ainda norteadas por uma orientação comportamentalista. A terminologia atualmente utilizada, “educação em saúde”, amplia a noção de saúde, incorporando os determinantes socioeconomicoculturais. Assim, a atual ES interpreta os processos de saúde e doença a partir de referenciais múltiplos e privilegia práticas participativas, considerando que os educadores e a população têm saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida (SCHALL, 1996a).

Como descrito anteriormente, a expressão resulta da combinação do termo educação com a palavra saúde e difere, ao longo do tempo. Candeias (1997) estudou as distintas características das definições de promoção da saúde e de ES, propôs o conceito: “...quaisquer combinações de experiências de aprendizagens delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde”. A autora enfatizou na palavra **combinação**, a importância de associar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplos

tiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. Com a palavra delineada, distingue o processo de ES de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistemática planejada. **Facilitar** significa predispor, possibilitar e reforçar. **Voluntariedade** significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. **Ação** diz respeito a medidas comportamentais adotadas, por uma pessoa, grupo ou comunidade, para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

No primeiro número temático dedicado unicamente ao tema da ES em mais de 10 anos de existência do periódico *Cadernos de Saúde Pública*, as organizadoras (SCHALL; STRUCHINER, 1999a) sustentam que:

A ES é um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade (SCHALL, 1999a).

Após diversas experiências na área de saúde com o método da educação popular sistematizado por Paulo Freire, o termo **educação popular em saúde** tem sido empregado e possibilitado ao setor sanitário uma cultura de relação com as classes populares, permitindo estudar o contexto cultural das populações para uma melhor adequação das práticas de saúde. Assim, a educação centra-se no reconhecimento e na valorização do potencial humano para a criatividade e a liberdade (VASCONCELOS, 1998).

Nesse sentido, cada indivíduo possui a sua própria sabedoria, suas crenças, seus significados, suas experiências e suas estratégias de enfrentamento. Valorizar este saber, proporcionar espaços de diálogo e problematizar os problemas do mundo real, possibilita aprender e aprender as coisas do mundo e buscar caminhos de superação para os problemas de saúde, ou seja, a construção e difusão de um novo conhecimento. Logo, o processo educativo deixa de ser um fazer 'para', mas passa a ser compreendido como um esforço de se fazer 'em conjunto

com'. Educador e educandos transformam-se em "sujeitos" do processo e crescem juntos (GAIA, 2005; VASCONCELOS, 1998).

A ES nessa abordagem passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade, possibilitando que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e sua vida. Em suma, a **educação popular em saúde** está ancorada nos seguintes aspectos: **a)** diálogo entre os sujeitos (entre o saber popular e o saber científico); **b)** educação como um processo de humanização; **c)** resgate da humanidade roubada por fatores como a fome e o desemprego; **d)** trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito e não apenas com aspectos específicos (como comportamento, habilitação para o trabalho, qualificação para o mercado ou conscientização política) e **e)** busca de matrizes pedagógicas (condições de convívio, interação, etc.) apropriadas para criar eixos geradores da construção do sujeito (SILVA et al., 2010; GAIA, 2005; ARROYO, 2001; VASCONCELOS, 1998).

A partir das ideias expostas até aqui, a expressão ES deve ser compreendida como sendo a educação ampliada, que inclui políticas públicas, ambientes apropriados, reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida (SCHALL, 1999b; SCHALL, 1996b).

Como explicitado no primeiro capítulo, o conceito de saúde evoluiu com o progresso da ciência e as mudanças nos padrões de morbimortalidade, bem como com o reconhecimento da influência do estilo de vida na causa das doenças e nos padrões de saúde de determinada população. A ênfase no processo biológico da doença foi sendo substituída pelo foco no comportamento individual, seguida da ênfase na produção social da doença. Uma das definições mais ampliadas e integradoras de saúde, encontrada na literatura foi sugerida por Smith. Essa absorve, entre outros, o modelo clínico (saúde enquanto ausência de doença); o ecológico (saúde enquanto capacidade de se integrar adequadamente ao ambiente); o holístico, proposto pela OMS (saúde é um estado de completo bem-

-estar físico, mental e social) e ainda considera a autorrealização pessoal (FIGURA 10). Por meio das reflexões e experiências com a população, Schall retoma o conceito de Smith e inclui, como fundamental, o comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza, como representado a seguir (SCHALL et al., 2007).

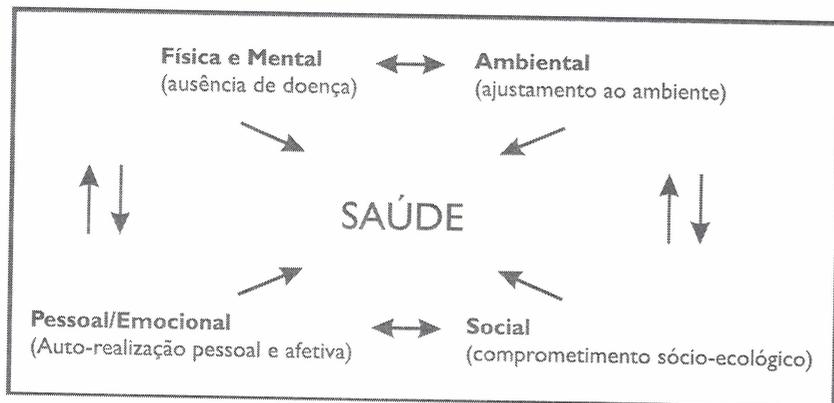


FIGURA 10- Representação das dimensões envolvidas no conceito de saúde.

O conceito ampliado de saúde condiciona um processo educativo que contemple todos os aspectos nele incluídos, requerendo um programa abrangente, planejado para motivar as pessoas individual e coletivamente. Entretanto, diante dessa noção ampliada de saúde, é possível observar que na realidade atualmente persistem diversos modelos de ES (SCHALL, 1999 a). Esses condicionam diferentes práticas, muitas das quais reducionistas, o que requer questionamentos e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas (SCHALL, 2007; 1999a).

2. OS MODELOS TEÓRICOS

Dentre os modelos teóricos existentes que fundamentam a prática de ES, cada um representa diferentes ações de intervenção, determinando uma orientação ora individual, ora de grupo ou comunitária. Dentre os vários modelos da ES são considerados os três amplos paradigmas propostos por

French e Adams: (1) o **modelo de mudança de comportamento**, pelo qual a saúde é alcançada por meio de mudança de comportamento das pessoas; (2) o **modelo de “empoderamento”** (*Empowering Education Model*), em que o alcance da saúde se dá pelo desenvolvimento da habilidade das pessoas de compreender e controlar seu estado de saúde dentro das circunstâncias possíveis do ambiente; (3) o **modelo de ação social ou coletiva**, pelo qual a saúde é alcançada por meio da mudança de fatores ambientais, sociais e econômicos gerados pela ação e envolvimento da comunidade (SCHALL et al., 2007; GLANZ, 2002).

Além desses, é importante considerar o desenvolvimento de modelos mais recentes, como os propostos por Homans e Aggleton, um de **orientação comunitária** e outro que denominam de **socialmente transformador**, o mais abrangente destes e cuja efetividade vem sendo demonstrada em programas de prevenção da AIDS. Contudo, a ES deve ultrapassar o foco de uma doença e se comprometer com a promoção da saúde em geral, buscando uma orientação mais ampla, comprometida com a melhora da vida e do ambiente das pessoas (SCHALL et al. 2007).

2.1. Modelo de mudança de comportamento

É um modelo alicerçado em uma teoria não crítica, centrado no que o especialista acha que o cliente deve fazer, sugerindo medidas de prevenção dentro de uma concepção biomédica da saúde e da doença. A prevenção pode se dar em três níveis (SCHALL et al. 2007): (1) **primária**: encoraja o comportamento de promoção da saúde na população em geral, dando prioridade à informação para evitar o adoecer; (2) **secundária**: estimula a detecção precoce e o tratamento da doença e promove informações de como a saúde pode ser restabelecida; (3) **terciária**: dirige-se mais diretamente aos usuários que têm doenças crônicas ou terminais, buscando maximizar o seu potencial para viver.

A prevenção primária baseada no modelo de mudança de comportamento é uma estratégia utilizada pelos governos, empregando para isso, recursos de comunicação de massa, como folhetos, televisão, pôsteres e jornais (SCHALL et al. 2007). Uchôa et al. (2000), por meio da abordagem an-

tropológica, revelaram a baixa aplicabilidade deste conhecimento para a transformação do comportamento em realidades socioeconômicas limitadas, onde a própria sobrevivência da população requer a manutenção de hábitos e de comportamentos. As avaliações como essas sugerem que estratégias que privilegiam o contato pessoal poderão apresentar maior efetividade (SCHALL et al., 2007).

O *Health Belief Model* (ou modelo de crença em saúde) é um modelo que se insere na perspectiva da mudança de comportamento. Dentre as suas limitações, cabe ressaltar a ênfase biomédica e individualista, embora seja bastante referido na literatura científica em programas específicos para ações pontuais (GLANZ, 2002). Considerar o contexto (físico, econômico, social e cultural), na perspectiva dos cuidados primários da saúde, em lugar de considerar apenas o comportamento individual e promover o conhecimento, não apenas dos sintomas, mas das causas da doença, é a abordagem que se requer para uma ES comprometida com os princípios de Alma Ata (KLOSS, 1995). Por isso, esse modelo é pouco aplicável à realidade dos países em desenvolvimento (SCHALL et al. 2007).

2.2. Modelo de “Empoderamento” pessoal (*Empowering Education Model*)

Este modelo encoraja o uso de aprendizagem participativa, já que a saúde implica em uma informação inserida no contexto do cotidiano das pessoas, permitindo que os medos e as ansiedades sejam discutidos e resolvidos quando possível. Sua proposta está de acordo com a orientação humanística da educação e com as estratégias e ações estabelecidas na declaração de Alma Ata. Na verdade, o “empoderamento” corporifica a razão de ser da ES enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e coletivos aumentem o controle sobre os determinantes da saúde para, desta maneira, ter uma melhor saúde (CARVALHO, 2004; SCHALL et al. 2007).

O “empoderamento” foi definido por Homans e Agletton como o processo no qual as pessoas desenvolvem habilidades, compreensão e consciência sobre uma dada questão, levando-as a agir baseadas em uma escolha

racional, ultrapassando as motivações afetivas ou impulsivas, ou modeladas por condicionamento externo e manipulação da mídia (HOMANS, 1988). Todavia, esses autores discutem que este conceito de “empoderamento” é, por vezes, problemático. Enquanto alguns consideram que as pessoas podem ter ou não ter tal capacidade, outros admitem que este seja um recurso que pode ser desenvolvido. Além disso, surgem questionamentos quanto a aspectos estruturais como raça, gênero, classe, idade, que podem significar limites na autonomia do indivíduo ou de grupos, por meio de pressões sociais que se impõem, impedindo o “empoderamento”. Este modelo ainda depende de um processo educativo quase tutorial, de difícil aplicabilidade nas grandes populações, como as de áreas endêmicas brasileiras (GLANZ, 2002; SCHALL et al., 2007).

Apesar das limitações apresentadas, este modelo tem sido considerado mais bem sucedido do que o apresentado anteriormente, porque o aprendiz é ativamente encorajado a participar no programa de aprendizagem, a explorar os seus próprios valores e crenças e a desenvolver uma compreensão dos fatores sociais e sua posição na sociedade que afetam as suas escolhas. Por conseguinte, é uma abordagem centrada no indivíduo, que auxilia as pessoas a se tornarem mais confiantes em si mesmas e deve ser seguida por processos de decisão e ação que afetam o dia a dia das pessoas, ampliando a sua participação social em questões relacionadas à saúde/doença (GLANZ, 2002; SCHALL et al., 2007). É um modelo que tem sido recomendado como o primeiro estágio de um trabalho educativo (SCHALL et al., 2007).

Ao conceito de empoderamento individual foi associado o de empoderamento coletivo, voltado para a comunidade. Kloos (1995), ao descrever essa proposta, exemplifica os trabalhos de Schall et al (1987) e Schall (1988), associando-os à proposta educativa de Paulo Freire. Nos trabalhos dos autores referidos, a ES inserida no contexto escolar está comprometida com o desenvolvimento e fortalecimento da formação de uma consciência de cidadania, (que pode ser traduzida como empoderamento pessoal), e está também compromissada com ações mais amplas de transformação social (envolvendo as famílias e comunidades no entorno das escolas). Assim, pode ser aqui interpretado como uma conjugação do modelo de empoderamento individual e coletivo que encaminha para a transformação social (SCHALL et al., 2007).

2.3. Modelo de Transformação Social

Referido por Homans e Aggleton, parte da crítica aos modelos anteriores, vistos como tradicionais e limitados. Os autores criticam os demais modelos como sendo incapazes de afetar as desigualdades sociais que limitam as oportunidades para formas de vida mais saudáveis. Considerando as demandas específicas da AIDS (doença que motivou a adequação do modelo pelos autores), a qual envolve minorias (mulheres, idosos, homossexuais e portadores de necessidades especiais, dentre outros), o paradigma de transformação social, tem o potencial de considerar a saúde e bem-estar individual como também almejar a mudança social mediada por movimentos coletivos organizados (HOMANS, 1988). Este favorece ainda o diálogo e a troca de saberes, contribuindo para o aumento de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades pessoais (SCHALL et al., 2007).

Os educadores comprometidos com a transformação social devem considerar o que envolve a reestruturação no plano das ideias, desmistificando o conhecimento médico das relações sociais; promover mudanças no próprio comportamento e influenciar os colegas, amigos, vizinhos e família. Nos processos políticos, enfatizam o compromisso do educador com a transformação social, a participação de movimentos e a necessidade de novas ideias para uma educação mais eficiente. Ressaltam ainda que na alocação de recursos, a luta para sua obtenção deve ser compartilhada tanto por educadores quanto pelos educandos (HOMANS, 1988).

No Brasil, as crescentes experiências em educação popular em saúde, interpretadas como um **modelo socialmente transformador** e baseado nas idéias de Paulo Freire, culminaram com a criação da Rede de Educação Popular em Saúde (www.redpopsaude.com.br) (SCHALL et al. 2007). Como sugere esse educador *“quando se compreende a realidade, pode-se desafiá-la e procurar possibilidades de soluções. O homem deve tentar transformar a realidade para ser mais”* (FREIRE, 2005).

A partir dessa constatação, é possível perceber que na prática as ações de ES, consciente ou inconscientemente, tendem a privilegiar um ou outro modelo. Somado a isso, observam-se situações em que mais de um modelo é compartilhado. Portanto, os profissionais de saúde devem

compreender as diferentes abordagens para assumirem postura crítica e construtiva em relação a cada uma delas.

A abordagem comportamentalista, se tomada isoladamente, leva a ações pontuais nas quais o condicionamento, como gerador do comportamento, seria sua prioridade. Muito embora estas mudanças sejam necessárias, esta abordagem apresenta sérias limitações na medida em que não considera aspectos socioculturais e afetivos dos sujeitos envolvidos no processo educativo. Além disso, despreza o potencial dos indivíduos de construir o conhecimento necessário e participarem ativamente para que estas mudanças de comportamento ocorram (SCHALL et al. 2007).

Na abordagem humanista, ao contrário, a ênfase no fortalecimento do “eu” leva à perspectiva fundamentalmente subjetiva, individualista e afetiva do processo. Muito embora a afetividade perpassa e impregne todo o conhecimento, nesta abordagem o elemento afetivo fica restrito, na medida em que é deslocado da análise do contexto onde é gerado e dos aspectos socioculturais que o influenciam. Logo, qualquer abordagem que privilegie o diálogo e o conhecimento mútuo de valores, experiências e afetos, pode indicar um caminho mais sólido para as mudanças necessárias, de modo que coloque o homem situado e contextualizado no centro do processo de transformação, incluindo aí os aspectos afetivos e as informações e fatos necessários à tomada de decisões (SCHALL et al., 2007).

Ao pensar a ES, o ponto crucial a ser destacado está nos limites do conhecimento em termos de gerar mudança de comportamento. Não basta saber, por exemplo, que os componentes do cigarro predispõem ao câncer para assumir a atitude de deixar de fumar. Nos estudos conhecidos como “know”/“do”, saber e fazer, aparecem reflexões sobre as lacunas existentes entre essas duas dimensões. Assim, o conhecimento é a base, mas somente este não é suficiente para produzir uma mudança de comportamento do indivíduo (WHO, 2005 a; SCHALL et al., 2007).

Segundo Schall et. al. (2007):

“é no desconhecido mundo dos motivos que levam as pessoas a se comportarem de uma maneira e não de outra que se move a saúde e a doença, o sucesso e o fracasso, a adesão e a não adesão, dentre outros fenômenos” (SCHALL et al. 2007).

Além disso, embora já existam conhecimentos e tecnologias para a prevenção de várias doenças, o próprio sistema de saúde, incluindo neste os profissionais, não tem sido capaz de colocar esse conhecimento em prática. Assim, o processo de geração de conhecimento para a ação é complexo, e influenciado por fatores que incluem o envolvimento de instituições, do contexto local, da relevância percebida e do próprio conhecimento. O conhecimento deve ser contextualizado para se tornar significativo (WHO, 2005 b; FRADE, 2006).

Em 2006, a OMS definiu diretrizes que visam aproximar “o que nós sabemos e o que nós fazemos na prática” e “o potencial científico e as realizações em saúde” nos níveis individuais, institucionais e populacionais. Esse foco de estudo é denominado de “*Bridging the know-do gap*”, e dentre as estratégias apresentadas podem ser destacadas: o fomento, a produção, o intercâmbio e a aplicação eficaz do conhecimento em benefício da saúde. As referidas estratégias devem ser dirigidas por políticas públicas, programas da OMS e por profissionais de saúde, sendo encarados como desafio para a saúde pública. Logo, a aplicação do conhecimento científico é fator-chave no desenvolvimento da população e melhora das condições de saúde e pobreza no mundo (WHO, 2005 a; FRADE, 2006).

*“Saber no es suficiente, tenemos que aplicar;
querer no es suficiente, tenemos que actuar.”*

Goethe JW apud WHO (2004, p.40)

3. CONSTRUINDO UM PROGRAMA EDUCATIVO

Diversos autores abordam o tema, porém, este capítulo se limitará a apresentar apenas alguns. Dessa forma, os programas educativos deverão ser entendidos neste capítulo como qualquer processo ou instrumento que possibilite a prática da ES, como, por exemplo, a construção de cursos de formação, de ações comunitárias, de campanhas educativas, de confecção de materiais educativos, dentre outros.

Em 1994, o Europharm Forum, entidade de cooperação entre a OMS e diversas organizações profissionais de diferentes países europeus, fundou a Pharmaceutical Care Network Europe, que desenvolvem projetos direcionados às farmácias comunitárias, que procuram envolver os farmacêuticos em esforços da OMS para melhorar o cuidado aos usuários, especialmente aos com doenças crônicas. Esses projetos são baseados nos princípios de promoção de saúde e prevenção de doenças e seu objetivo é desenvolver modelos e ferramentas práticas a serem utilizados pelos farmacêuticos em farmácias a fim de melhorar o desempenho desses profissionais. Dentro dessa perspectiva, três níveis de fornecimento de serviços na farmácia são propostos: **1)** orientações sobre a doença e o tratamento, além da identificação de sinais de descontrole da doença; **2)** orientações aos usuários e seus cuidadores orientado para os resultados dos principais indicadores de controle das doenças (pressão arterial, glicemia, Peak Flow) e registros em diário de autocuidado; **3)** aplicação de método de acompanhamento farmacoterapêutico (LYRA JUNIOR, 2005; WHO 2005 b).

Baseado no modelo do Fórum Europeu, no final de 1999, foi criado o Fórum Farmacêutico das Américas, sob coordenação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Entre suas finalidades está o fortalecimento da prática farmacêutica na região, por meio da promoção e coordenação de atividades e projetos que buscam envolver o farmacêutico nas políticas de saúde pública dos países (OPAS, 2005; OPAS 2001).

Nos últimos anos, a Associação Nacional das Farmácias Portuguesas tem desenvolvido diversos projetos educativos que têm como objetivo disponibilizar para a população um maior cuidado em saúde e, conseqüentemente, aproximar o farmacêutico da comunidade (ANF, 2007). Dentre os projetos, podemos citar: o de troca de seringas para dependentes químicos, em colaboração com a Comissão Nacional de Luta Contra a AIDS, o de substituição narcótica com metadona, o de reciclagem de radiografias e o programa de controle do diabetes mellitus. Ademais, a associação realiza ações voltadas a pessoas com hipertensão, asma e à divulgação de informações sobre diversos temas de interesse a saúde.

Nesse sentido, cada programa tem uma metodologia comum, estruturada nos principais pontos de um plano de ação, dentre os quais: a) definição de qual será a intervenção e justificativa do porquê da estratégia escolhida; b) caracterização da população-alvo, ou seja, a quem se dirige a ação; c) estabelecimento dos critérios de seleção das farmácias e dos participantes; d) definição de como o processo será documentado; e) como e quando os dados serão coletados para avaliação da intervenção; f) aplicação de pré-teste nas farmácias selecionadas para um ensaio piloto; h) desenvolvimento dos materiais educativos para os farmacêuticos e população-alvo do programa; e) formação dos farmacêuticos; f) realização do ensaio-piloto nas farmácias selecionadas; g) busca de parcerias necessárias à implantação dos programas; h) implementação gradual do programa em outros locais e i) avaliação do programa (em intervalos de tempo sucessivos) (ANF, 2007).

O modelo de planejamento “*precede-procede*” é útil para realizar um diagnóstico tanto em nível individual quanto grupal e planejar intervenções direcionadas a motivar, provocar, promover e consolidar mudanças de comportamento. Green et al (1980) propuseram como eixo central do *precede* os fatores predisponentes associados à saúde, cujo conhecimento é necessário para o planejamento de um diagnóstico educacional/ambiental. Mais tarde, Green e Kreuter (1999) incluíram os fatores consequentes necessários ao desenvolvimento de um plano educacional/ ambiental (PROCEDE) (SCHALL et al., 2007; BIMBELA-PEDROLA, 1996).

A palavra *precede* é um acrônimo que inclui os fatores predisponentes (*predisposing*), os reforçadores (*reinforcing*), os facilitadores (*enabling*), as causas (*causes*), o educacional/capacitadores (*educational*), o diagnóstico (*diagnosis*) e a avaliação (*evaluation*) (SCHALL et al., 2007; BIMBELA-PEDROLA, 1996).

Os **fatores predisponentes** estão associados com a motivação do sujeito ou do grupo para realizar uma conduta que se pretende promover. Esses fatores referem-se concretamente ao conhecimento (identificação do que o usuário sabe ou não sabe); as atitudes (o usuário sente-se ou não em risco? Sente-se ou não capaz de realizar a conduta?) e os valores e crenças (tanto em relação à prática que se quer modificar como

a que se quer promover). Além disso, os fatores predisponentes podem possibilitar a mudança de comportamento.

Os **fatores facilitadores** têm a ver com as facilidades que o indivíduo ou grupo apresentam para realizar determinada conduta, visto que já estão motivados para assumi-la. Tais fatores se concretizam nas habilidades para realizar determinada conduta e na existência de recursos de que se necessita para assumir um novo comportamento (camisinha, alimentos dietéticos, bebidas sem álcool, centros de saúde e de apoio). Esses recursos envolvem acesso tanto aos econômicos, quanto aos físicos e psicossociais, dentre outros.

Quanto aos **fatores reforçadores**, esses aparecem depois que o usuário ou o grupo realizou a conduta proposta, e promovem incentivos, recompensas ou punição, influenciando a habilidade do aprendiz para manter um comportamento adquirido. Como exemplos: a resposta de pessoas próximas (família, profissionais, esposo); a resposta do próprio indivíduo; os benefícios físicos (prazer, comodidade) e as recompensas tangíveis (economia). As características do ambiente e da educação influem na possível aquisição de novos conhecimentos, atitudes e crenças capazes de motivar comportamentos desejáveis, por isso são considerados **fatores de capacitação**.

Já a palavra *procede* significa: políticas públicas, regulação e organização para o desenvolvimento educacional e ambiental (SCHALL et al. 2007). Esse modelo busca resolver algumas questões perenes, como a ausência ou dificuldade de diagnóstico prévio dos comportamentos de risco e a ausência de avaliação na área de ES. O diagnóstico deve ser realizado a partir do conhecimento da comunidade e as atividades educativas devem ser planejadas a partir desta etapa.

Kloss (1995) considerou o modelo *precede* como adequado para a realização de programas de doenças infectoparasitárias em países em desenvolvimento, nos quais é necessária uma etapa ampla de diagnóstico para identificar os problemas sociais e locais de saúde, de modo a planejar as intervenções. Por isso, o modelo é muito apropriado para as áreas endêmicas de esquistossomose, pois leva em consideração não apenas o conhecimento da comunidade local que condiciona determinados comportamentos, mas per-

mite monitorar as intervenções e o processo de avaliação. De acordo com o autor, o modelo inclui aspectos individuais, comunitários e permite incorporar fatores regionais e nacionais e o contexto socioeconômico relacionado a cada comportamento. Esta compreensão pode dar lugar ao desenvolvimento de estratégias de controle mais efetivas. Gielen McDonald (2002) fizeram uma apresentação ampla e discutida do modelo, incluindo as fases “precede” e “procede” e permitindo o maior aprofundamento da sua compreensão, análise crítica e possível aplicabilidade (SCHALL et al. 2007).

Outra proposta para estruturar programas educativos foi descrita por Bedworth, que estabelece como passos a serem trilhados: o **diagnóstico**, o **planejamento**, a **implantação** e a **avaliação** (BEDWORTH, 1992).

Diagnóstico

O diagnóstico implica em investigar e identificar os problemas e os temas a serem trabalhados, contextualizados na realidade. Nessa etapa, ainda deverá ser definido o tipo de intervenção a ser realizada, o público-alvo (o próprio usuário, cuidadores, etc), suas características e suas principais necessidades. Diversas entidades recomendam que as informações fornecidas devam estar de acordo com as necessidades individuais de cada usuário. De acordo com a OMS (2005), devem ser levados em conta os princípios da “alfabetización en materia de salud”. O Institute of Medicine, (2004 apud OMS 2005) considerou como “alfabetización en materia de salud, las cuestiones culturales y la capacidad del paciente de comprender la información sobre su salud”. Segundo a Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes apud OMS, 2005, essa expressão:

comprende el grado de alfabetización de una persona, así como su nivel lingüístico, educativo y cultural y su disposición para recibir información sobre salud por medios orales, escritos o pictóricos. Un grado bajo de alfabetización en materia de salud limita la capacidad de la persona para tomar decisiones informadas sobre su salud y puede hacer que el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad resulten ineficaces. (OMS 2005, p. 9)

O diagnóstico ainda implica em investigar os conhecimentos e habilidades prévias, as crenças, as atitudes e comportamentos da população-alvo face à doença, condição de saúde ou tratamento, bem como suas dificuldades, medos, ansiedades, dúvidas, dentre outros. Todas essas informações poderão ser levantadas por meio de questionários, entrevistas e grupo focal (FRADE, 2006). Devem ser avaliados ainda nesta etapa os recursos materiais e humanos disponíveis.

Na verdade, o diagnóstico pode ser compreendido como uma avaliação inicial que permite conhecer as condições de saúde de determinada população, sua taxonomia, os tipos de ações e necessidades que devem ser consideradas para reduzir ou controlar os problemas evidenciados. A meta desta etapa será identificar o que a população requer em termos de conhecimentos, mudanças de atitude, de comportamento ou desenvolvimento de habilidades. Além disso, será necessário planejar de que ponto o programa educativo deve partir, procedendo as adequações às necessidades identificadas, como, por exemplo, de linguagem e conteúdo, assim como procurando valorizar o saber popular para a construção dos novos conhecimentos científicos (SCHALL et al., 2007).

Planejamento

A ES, como estratégia de promoção de saúde e prevenção de doenças, pode ser planejada em vários ambientes, como a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade (MORH, 2002). Nesta etapa, são definidos o(s) objetivo(s) e meta(s) do programa educativo, os recursos educacionais (datashow, retroprojetor, quadro negro), de infraestrutura, materiais e humanos necessários. São também estabelecidos os indicadores, a construção dos instrumentos de avaliação e a seleção das estratégias educativas a serem utilizadas: programa de formação, campanha educativa, construção de materiais educativos (cartazes, revistas, artigos, folderes, material audiovisual), dentre outros.

Caso seja necessário algum equipamento clínico optar sempre pelos que apresentam registros na Anvisa, que sejam validados clinicamente e estejam calibrados. Ainda nessa etapa deverá ser definido um cronograma que estabeleça o tempo de implantação de cada uma das atividades a serem execu-

tadas (FRADE, 2006). Por fim, ao elaborar uma **campanha educativa** é importante pensar em um *slogan* que permita ao público-alvo, por meio de uma mensagem rápida, identificar a proposta desenvolvida.

Ao planejar um **programa de formação** é necessário estruturá-lo e dividi-lo em parte prática, parte teórica e interação destas duas abordagens. Cada uma dessas deverá estar focada nos objetivos de aprendizagem que se almeja atingir de forma a contribuir para o aumento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e atitudes. Além disso, o processo educativo deve estar direcionado a uma educação que tem como foco a vida do aprendiz, de modo a construir relações mais afetivas, valorização de si, respeito aos outros e responsabilidade social e ecológica (FRADE, 2006; SENIR, 2004; RUAS, 2003; SCHALL, 1996b).

Ainda na etapa do programa, a carga horária e os conteúdos necessitam ser definidos e devem-se escolher recursos educacionais que favoreçam o aprendizado, estejam centrados no aprendiz, permitam reflexões da prática e do contexto, a participação do aprendiz, bem como, integração entre teoria e prática, motivação e interação do grupo e aplicação à realidade (FRADE, 2006).

No caso do planejamento de um **material educativo**, é importante destacar que o objetivo deste não é, simplesmente, suprir de informações um grupo, mas promover a interlocução e troca de saberes e experiências. Durante a sua elaboração, o processo deverá estar ancorado na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento, entendida como: “uma metodologia desenvolvida na prática da Educação e Saúde que considera a experiência cotidiana dos atores envolvidos...” (CARVALHO et al., 2001 apud GAIA, 2005). A ideia de construção compartilhada do conhecimento implica um processo comunicacional e pedagógico entre sujeitos de saberes diferentes, convivendo em situações de interação e cooperação, que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos e motivações coletivas (GAIA, 2005).

Aspectos como exatidão científica das informações, imparcialidade dos conteúdos, apresentação das informações de forma inteligível, legível, oportuna, atualizada e útil, devem ser valorizados durante a elaboração de materiais educativos (ROSSI et al., 2012; CASTRO, 2004). Diante da “explosão”

de informações disponíveis nos últimos anos, com conteúdos muitas vezes centrados em aspectos publicitários e comerciais, o uso de livros tradicionais ou virtuais, publicações científicas e sites que não sejam de fontes seguras, confiáveis e atualizadas poderá ser uma prática perigosa, com fornecimento de informações incorretas ou desatualizadas aos profissionais que buscam conhecimento para produção de materiais educativos (COHEN, 1999 apud ANACLETO, 2003).

Diferentes temas podem ser tratados em folhetos, dentre os quais os riscos da automedicação e das doenças que fazem parte dos chamados “sintomas menores” (gripe, resfriado, etc.). Esse material deve ser elaborado pelo próprio profissional, com ou sem a participação dos usuários, ou vir de uma estratégia do governo. O ideal é envolver o receptor da mensagem durante todo processo, procurar identificar a cor do papel de que mais gosta, o tipo e tamanho da letra, a linguagem acessível, etc. O folheto deve ser de fácil leitura, com ilustrações compreensíveis e o vocabulário deve ser facilmente identificado pelo público-alvo do material. É recomendado, ainda, evitar o uso de expressões negativas, nem se deve ter a pretensão de esgotar um assunto e o conteúdo deve ser redigido em um estilo centrado no usuário. Esse tipo de material poderá ser distribuído durante a dispensação (OJEL-JARAMILLO, 2004).

O farmacêutico pode ainda participar de programas de rádio ou televisão que tratem de temas de saúde. Pode atuar como educador em grupos de usuários que possuem uma doença específica, associações de usuários, escolas, etc. Diversos jornais e revistas têm espaços selecionados para divulgação de informação em saúde. Os farmacêuticos estão qualificados para escreverem sobre diversos temas sanitários nestes veículos (OJEL-JARAMILLO, 2004). Diante dos numerosos recursos tecnológicos disponíveis, atualmente diferentes materiais audiovisuais interativos podem ser construídos.

Outra estratégia recomendada em diversos estudos para apoiar os farmacêuticos durante as orientações de usuários de especialidades farmacêuticas complexas⁴ consiste na construção de um “kit” com os diversos mo-

4 Compreendidas como aquelas que requerem uma preparação prévia antes de sua administração ou aprendizagem de uma técnica para seu uso (insulina, dispositivos inalatórios, supositórios, etc).

delos de aparelhos e materiais necessários à administração dessas especialidades (WHO, 1998; BLUNDELL et al., 2004; LANDA, 2004).

De maneira geral, todos os materiais citados anteriormente podem servir de veículo para que o farmacêutico possibilite ao usuário o desenvolvimento de habilidades, de informações sobre doenças, medicamentos que utiliza (justificativa do uso, sua atuação, a forma correta e quando utilizar, precauções durante o uso, possíveis interações e reações adversas, etc.), da importância da adesão ao tratamento e da adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis (higiene, prática de atividade física, não fumar, alimentação saudável, etc).

Diante das informações apresentadas, o farmacêutico, ao planejar um programa educativo, deverá estimular sempre a construção de conhecimentos para sedimentar um saber que possa ser traduzido em atitudes, habilidades e comportamentos (FRADE, 2006).

Implantação/Desenvolvimento

Na implantação/desenvolvimento, busca-se executar o que foi planejado na etapa anterior e acompanhar as atividades implantadas (FRADE, 2006).

Avaliação

O ato de avaliar implica na atribuição de valor ou qualidade a algum fenômeno, processo ou produto. A complexidade da avaliação é influenciada pela natureza do que vai ser avaliado. Se a análise é, por exemplo, da capacidade que um material educativo tem de facilitar a construção de conhecimentos sobre saúde, isso pode parecer bastante simples. Assim, pode ser desenvolvido ou utilizado um teste padronizado que permita ao avaliador realizar a sua análise do material. Em geral, o uso de testes padronizados pode garantir ao avaliador que o instrumento utilizado foi desenvolvido por autoridades no assunto, com alto grau de validade. Entretanto, os testes podem falhar quando são desenvolvidos para um tipo de população, visto que não consideram as especificidades culturais, educacionais, sociais e econômicas de determinado grupo de pessoas/aprendizes.

Se avaliar conhecimentos já não é uma tarefa simples, analisar informações sobre mudanças de comportamento e de atitudes que possam estar relacionadas a um processo de aprendizagem ou uso de determinado material educativo é muito mais complexo. A maioria dos testes existentes que se propõem a avaliar atitudes e comportamentos são obsoletos (SCHALL et al., 2007; RUSSEL, 1992). Os instrumentos de avaliação considerados como objetivos, tais como testes, supõem a existência de uma consistência do resultado independente do avaliador, requerem questionamentos quanto à sua aplicabilidade em determinado contexto cultural e histórico. Por sua vez, instrumentos subjetivos requerem treinamento do avaliador, experiência e habilidades para interpretar as respostas obtidas como instrumento validado, especificamente para uma população particular em dado contexto. É comum que dois ou mais avaliadores possam chegar a diferentes resultados. Assim, ambas as alternativas, que se pretendem objetivas ou as subjetivas podem originar falhas na avaliação (SCHALL et al., 2007).

Outro aspecto relevante é que diferentes modelos de avaliação têm sido descritos na literatura e utilizados em pesquisas. Historicamente, o mais utilizado é o experimental, que busca incorporar os elementos do método experimental. Nesse modelo, os objetivos da avaliação devem ser claros, tal como as hipóteses de um delineamento experimental e as variáveis dependentes devem bem ser definidas. No caso dos materiais educativos, a abordagem escolhida (um jogo ou um livro, por exemplo) e a estratégia de utilização podem ser caracterizadas como variáveis independentes, e a construção de conhecimento, novas atitudes ou mudanças de comportamento, quer seja um jogo ou um livro, responsáveis pelo estímulo ou promoção, são as variáveis dependentes. É importante refletir que no processo de avaliação a falta de rigor no controle das variáveis pode ser fonte de “vieses” ou erros na interpretação dos dados coletados. Algumas das variáveis relevantes na avaliação de materiais educativos são: o ambiente de aprendizagem, a motivação do aprendiz, suas experiências, conhecimentos e crenças anteriores, as possíveis dificuldades anteriores em situações de aprendizagem; a atitude de quem conduz o uso do material, dentre outros. Tudo isso requer do avaliador uma seleção das variáveis a serem analisadas, o tipo de avaliação mais apropriada e os instrumentos a serem desenvolvidos para acessar a informação requerida (SCHALL et al., 2007).

Russel (1992) destaca três modalidades de avaliação que seguem um delineamento do método experimental, como: **1) avaliação do processo** (técnicas delineadas para medir o sucesso da implementação do programa, a percepção dos participantes do programa, o alcance dos objetivos, e se assemelham a uma avaliação formativa), **2) avaliação do impacto** (técnicas que permitem avaliar o efeito imediato do programa, o aumento de conhecimento, as mudanças de atitudes e de comportamento e que se assemelham a uma avaliação somativa em situações educacionais); e **3) avaliação de efeitos** (avalia efeitos a longo prazo, como mudanças de comportamento, ou mesmo efeitos na morbidade e mortalidade do problema ou doença considerada, ou seja, o que resultou do programa educativo em termos de pessoas, grupos ou situações sociais) (SCHALL et al. 2007).

Outras duas alternativas de avaliação de materiais educativos são apresentadas por Hartz (1997), a **avaliação normativa** e a **pesquisa avaliativa**. A **avaliação normativa**, ao permitir realizar um julgamento sobre uma intervenção, está fundamentada em critérios e normas escolhidas nos quais se apóiam a avaliação, com forte relação com os efeitos do programa ou intervenção (SCHALL et al. 2007). A **pesquisa avaliativa** consiste “em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos” (HARTZ, 1997). Essa modalidade é abrangente e permite analisar vários aspectos, tais como: a pertinência da intervenção (análise estratégica), os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e rendimento da intervenção, as relações entre a intervenção e o contexto, usado na tomada de decisões. Além disso, apresenta abrangência na análise da implantação de uma intervenção, a qual atende a casos em que se observa grande variabilidade de resultados derivados de uma mesma ação em contextos diferentes. Esse tipo de análise pode ser de fundamental para avaliar a aplicabilidade dos materiais educativos utilizados, em diferentes contextos e por profissionais diversos, como nos estudos de casos (SCHALL et al., 2007).

Diversos outros autores, como Ayres (1996) e Aggleton (1995), também têm escrito sobre a avaliação de programas educativos. Um outro modelo foi proposto na década de 1960 por Donabedian e é muito usado especialmente na avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Recentemente, esse tem sido adotado para direcionar a avaliação de serviços farmacêuticos e de

programas de formação (FRADE, 2006). O modelo possibilita a avaliação sob três enfoques: estrutura, processo e resultados. A avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa esteja relacionada com a infraestrutura de que dispõe, ou seja, com as instalações, equipamentos, recursos humanos, materiais e financeiros.

Por outro lado, a avaliação processual envolve a visão dos diferentes atores sobre as atividades de natureza técnica e procedimentos empregados para a obtenção dos resultados. Tais resultados descrevem as mudanças observadas ao se comparar as informações coletadas no início e final do programa ou as modificações nos indicadores estabelecidos. No caso de programas de formação essas modificações podem ser analisadas em termos de conhecimentos, habilidades, atitudes, mudanças de comportamento, satisfação dos diferentes atores que participaram da implantação do programa educativo. Alguns autores alertam para a importância da avaliação ao longo do processo e não somente no final, e para a importância de se conhecer a visão dos diferentes atores do contexto envolvidos na implantação do programa educativo (FRADE, 2006).

A literatura tem recomendado que a **avaliação de materiais educativos para a área da saúde** deva ser realizada com participação do público a que se destina, verificando o valor e a acurácia dos conteúdos, as áreas que podem causar confusão no processo de aprendizagem, a probabilidade de utilizá-lo na prática diária, a descrição de como o mesmo pode ser usado e se este é agradável ou não à leitura. Além disso, deve-se avaliar as características físicas (por exemplo, tamanho, formato, impressão) e o impacto do material na relação orientador-usuário e na mudança de comportamento (CASTRO, 2004). Por fim, é necessário analisar se os conteúdos (conceitos e informações básicas) estão cientificamente corretos e se suas ilustrações são pertinentes e se harmonizam com o texto (LUZ et al., 2003).

Alguns autores alertam para a importância das estratégias estarem comprometidas com a construção da cidadania, responsabilidade socioecológica e respeito ético, devendo evitar abordagens que favoreçam qualquer tipo de preconceito étnico, econômico, de gênero, religioso ou outro(s) (SCHALL et al., 2007; SCHALL, 1996a).

A seguir serão apresentadas algumas propostas da OMS para avaliação de um material educativo, as quais foram apresentadas no Curso de Atualização em Farmácia Clínica na Universidade do Chile, em 1999. Doze critérios gerais foram definidos para **avaliação geral de qualquer tipo de material**, cada um destes deverá ser avaliado se cumpre ou não o critério. O material será considerado aceitável se pelo menos oito dos 12 critérios forem atendidos: **1)** participação dos receptores do material na seleção e avaliação; **2)** representa situações da vida diária; **3)** forma parte de um programa educativo; **4)** estão disponíveis os recursos e serviços para a promoção; **5)** se dispõe de outros materiais ou técnicas que reforçam as mensagens; **6)** foi realizado um piloto antes de sua produção final; **7)** contém instruções para sua utilização; **8)** foi determinado o nível de instrução, características culturais, geográficas e socioeconômicas dos receptores do material; **9)** durante a construção do material não foram utilizados termos ofensivos às tradições da comunidade; **10)** houve participação de profissionais de saúde no desenho; **11)** respeita a liberdade de decisão, evitando a manipulação; **12)** atende ao objetivo proposto.

Outras avaliações específicas também foram apresentadas no referido curso. Para cada um dos critérios que serão descritos a seguir aplicar uma nota na escala de um a cinco. Se a somatória de todas as notas ao final da avaliação estiver entre 40 a 45 pontos, o material poderá ser utilizado como está. Caso atinja de 21 a 39 pontos, isso indicará necessidade de revisão, e se o resultado for menor ou igual a 20 pontos, deverá ser recusado. Assim, os critérios específicos para a **avaliação de material impresso** foram: **1)** apresenta um tema específico de forma completa; **2)** o conteúdo ou a mensagem é facilmente compreendido; **3)** as ilustrações utilizadas esclarecem ou complementam a informação escrita; **4)** tamanho da letra facilita a leitura; **5)** contém elementos de síntese da mensagem ou conteúdo; **6)** existem elementos para ressaltar ideias importantes, como por exemplo, tipo, tamanho, cores, marcação das letras, etc; **7)** a qualidade da ortografia, gramática, pontuação e redação é apropriada; **8)** não está carregado de informação escrita; **9)** usa linguagem que o público-alvo entenda.

A escala de pontuação descrita anteriormente também poderá ser utili-

zada para avaliar critérios específicos para **material visual**, dentre os quais: **1)** apresenta um tema específico de forma completa; **2)** o tema é facilmente compreendido; **3)** as cores e imagens contribuem para ressaltar o tema; **4)** a mensagem é objetiva; **5)** a mensagem não possibilita interpretações ambíguas; **6)** o material não contém elementos desnecessários; **7)** o tamanho dos elementos favorece uma boa visualização; **8)** pode-se transportá-lo facilmente; **9)** motiva a discussão.

No caso de **materiais sonoros**, a mesma escala de um a cinco poderá ser aplicada aos seguintes critérios: **1)** escuta-se apropriadamente; **2)** a linguagem é compreensível; **3)** contém elementos que o tornam atrativos, por exemplo, música, tom de voz, etc.; **4)** refere-se a um único tema; **5)** os aspectos secundários como, por exemplo, música, efeitos sonoros, não distraem a atenção para a recepção da mensagem principal; **6)** as mensagens são apresentadas de maneira objetiva; **7)** contém elementos que estimulam a participação; **8)** podem ser manejados por membros da comunidade.

Para os **materiais audiovisuais**, ao aplicar nota na escala de um a cinco e realizar a somatória durante a avaliação, deve-se considerar as seguintes interpretações: *a)* para valores entre 40 a 55 pontos, o material poderá ser utilizado como está; *b)* entre 28 a 47 pontos, existe necessidade de revisão e *c)* se resultado for menor ou igual a 27 pontos o material deverá ser recusado. A escala deverá ser aplicada aos seguintes critérios: **1)** existe sincronia entre imagem e som; **2)** utiliza elementos que o tornam atrativo, por exemplo, cor, música e movimento; **3)** contém elementos de síntese da mensagem ou conteúdo; **4)** apresenta um tema específico de forma completa; **5)** as mensagens são facilmente compreendidas; **6)** as imagens possuem nítida visualização; **7)** os elementos sonoros são escutados de maneira apropriada; **8)** as mensagens se apresentam de maneira objetiva; **9)** contém elementos que estimulam a participação; **10)** não está carregado de informação; **11)** sua duração não é excessiva. Quanto mais bem planejada e realizada uma avaliação há maior possibilidade de ser bem sucedida (SCHALL et al. 2007).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A seguir será apresentada uma síntese dos pontos fundamentais para o desenvolvimento e avaliação de estratégias educativas, baseada na experi-

ência de cerca de 25 anos de trabalho dos Laboratórios de Educação em Ambiente e Saúde (LEAS/IOC/FIOCRUZ) e do Laboratório de Educação em Saúde (LABES/IRR/FIOCRUZ):

- a elaboração de materiais educativos sobre saúde requer como ponto de partida a investigação dos conhecimentos, atitudes, comportamentos e crenças da população, para melhor estabelecer os referenciais de linguagem e conhecimentos prévios;
- durante o planejamento e desenvolvimento das estratégias e materiais, envolver a população desde as primeiras etapas e avaliar sistematicamente com a participação da mesma;
- usar linguagem apropriada ao público e desenhos atrativos (inclusive cores, se houver viabilidade financeira), o que favorece a motivação e a construção de conhecimentos;
- evitar terminologia técnica (podendo fornecê-la em um apêndice para aqueles que desejarem maiores conhecimentos);
- em caso de informação sobre doenças, evitar desenhos estilizados de parasitas que possam levar a representações equivocadas e pedagogicamente inadequadas. No caso de haver desenhos, incluir fotografias ou esquemas de imagens reais dos vetores, agentes etiológicos relativos à(s) doença(s) focalizada(s), fornecendo as medidas exatas ou escalas;
- procurar estimular as pessoas por diversos meios, de modo que a formação seja acessada por meio de vários sentidos (visão, audição, tato), usando textos literários, músicas, desenhos, dramatização, modelagem etc;
- usar *clips* da mídia televisiva com personagens com os quais as pessoas identifiquem-se com em cenas da vida cotidiana que exemplificam atitudes de prevenção;
- considerar que a criança beneficiam-se mais de experiências concretas e de meios e estratégias pedagógicas que integrem aspectos cognitivos e afetivos;
- considerar que o sucesso de qualquer estratégia educativa requer antes de tudo que os profissionais estejam preparados para o seu desenvolvimento;
- os profissionais devem ouvir os usuários e estimular um diálogo com e entre eles, oferecendo oportunidades para a troca de experiências de vida;

- a participação das famílias deve ser estimulada durante o desenvolvimento dos programas.

Segundo Schall et al. (2007), estes são alguns dos aspectos que, em nossa experiência, têm se mostrado efetivos para um processo educativo que tem por meta prevenir doenças, promover a saúde e incentivar a melhoria das condições de vida seja bem-sucedido. Logo, os farmacêuticos, em colaboração com outros profissionais, devem assegurar que a terapia medicamentosa seja efetiva, segura e usada de forma adequada por cada usuário individualmente. Ao mudar o foco da farmácia, de produtos e sistemas biológicos para o enfoque centrado no usuário exigirá mudanças filosóficas, organizacionais e funcionais, mas por outro lado, acredita-se que assim se elevará a responsabilidade das farmácias e contribuirá para sua inserção social (FRADE, 2006; HEPLER, 1999).

À medida que os farmacêuticos assumirem a responsabilidade: **1)** pelos resultados em saúde de um tratamento, **2)** pelo processo de uso dos medicamentos e **3)** pela promoção da saúde e prevenção de doenças, poderão realmente ser considerados pela sociedade como “profissionais de saúde”. Afinal de contas, a sociedade não tem investido na formação de um profissional apenas para tornar os medicamentos disponíveis e com qualidade. Essas responsabilidades exigirão dos farmacêuticos novas competências, habilidades e atitudes (FRADE, 2006, GASTELURRUTIA, 2006; GASTELURRUTIA et al., 2005; CORRER, 2004; VAN MIL, 2000).

Segundo Frade (2006), os farmacêuticos, enquanto profissionais de saúde, precisam aprender a valorizar o “saber” e as “experiências” dos que precisam de cuidado e a ES poderá ser uma grande aliada na construção de uma farmácia que atenda as necessidades da população.

REFERÊNCIAS

AGGLETON, P. Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltados para o HIV/Aids. In: CZERESNIA D; SANTOS EM; BARBOSA R; MONTEIRO S (org.). **AIDS pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 193-206.

ANACLETO, T.A. **Erros de dispensação em uma farmácia hospitalar de Belo Horizonte**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

ARIAS, T.D. **Glossário de Medicamentos**: desarrollo, evaluación y uso. Washington DC: OPS, 1999.

ARRAIS, P.S.D.; BARRETO, M.L.; COELHO, H.L.L. Drug prescription and dispensing from the patient's perspective: a community-based study in Fortaleza, Ceará State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.4, p. 927-937, 2007.

ARROYO, M. As bases da educação popular em saúde. **Revista Radis**, v. 21, p. 7, 2001.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS FARMÁCIAS. **A farmácia e a comunidade**. 2007. Disponível em: <http://www.anf.pt/site/index.php?page=data/farmacia_comunidade/main.php>. Acessado em: 20 mar. 2007.

_____. **Programas de cuidados farmacêuticos – metodologia**. 2007. Disponível em: <http://www.anf.pt/site/index.php?page=data/anf/programa_cuidados.php>. Acessado em: 20 mar. 2007.

AYRES, J.R. **Como avaliar uma intervenção?** Secretaria do Estado da Educação – Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996 (mimeo).

BEDWORTH, A.E.; BEDWORTH, D.A. **The profession and practice of health education**. 1 ed. Dubuque: Wm.C. Brown Publishers, 1992.

BETTENCOURT, A.R.C.; OLIVEIRA, M.A.; FERNANDES, A.L.G.; BOGOSSIAN, M. Educação de pacientes com asma: atuação do enfermeiro. **Journal Brasileiro de Pneumologia**, v.28, p. 193-200, 2002.

BIMBELA-PEDROLA, J.L. **Habilidades de motivación para el cambio**. 3a ed. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.

BLUNDELL, D.B.; ZARZUELO, C.R.; SÁNCHEZ, B.S.; JIMÉNEZ, B.S.; JIMÉNEZ, A.M.R.; ÁLVAREZ, J.L.G. ¿Utilizan correctamente los inhaladores los pacientes de una farmacia

comunitaria? **Pharmaceutical Care Espana**, v.6, p.15-21, 2004.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: Anvisa, 2002. Disponível em:< www.anvisa.gov.br/medicamentos/manual_politica_medicamentos.pdf>. Acessado em: 1 jun. 2006.

_____. Resolução 328 de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Brasília (DF), 22 ago. 1999.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada. Resolução nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 17 ago. 2009.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº308 de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a assistência farmacêutica em farmácias e drogarias. 1997. Disponível em:< http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_308_97.html>. Acessado em: 26 dez. 2003.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº357 de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das boas práticas em farmácia. 2001. Disponível em:< http://www.cff.org.br/legis/resolucoes/res_357_2001.htm>. Acessado em: 26 dez. 2003.

_____. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 417 de 29 de setembro de 2004. Aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. 2004. Disponível em:< <http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=51>>. Acessado em: 16 fev. 2005.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Projeto piloto**: exercício profissional face aos desafios da farmácia comunitária. 2005. Disponível em:< http://www.cff.org.br/Cebrim/Projeto_farm%3A%20cia_comunit%3A%20ria_setembro_2005.pdf>. Acessado em: 20 fev. 2006.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, p.209-13, 1997.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, p.1088-95, 2004.

CASTRO, M.S. **Atenção farmacêutica**: efetividade do seguimento farmacoterapêutico de pacientes hipertensos não controlados. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,

2004.

CHAN, D.S.; CALLAHAN, W.C.; MORENO, C. Multidisciplinary education and management program for children with asthma. **American Journal of Health System-Pharmacy**, v.58, p.1413-17, 2001.

CORDINA, M.; MCELMAY, J.C.; HUGHES, C.M. Assessment of a community pharmacy-based program for patients with asthma. **Pharmacotherapy**, v.21, p.1196-203, 2001.

CORRER, C.J.; ROSSIGNOLI, P.; SOUZA, R.A.P.; PONTAROLO, R. Perfil de los farmacêuticos e indicadores de estrutura y proceso en farmacias de Curitiba – Brasil. **Seguimiento Farmacoterapêutico**, v.2, p.37-45, 2004.

ERICKSON, S.R.; LANDINO, H.M.; ZAROWITZ, B.J.; KIRKING, D.M. Pharmacist' understanding of patient education on metered-dose inhaler technique. **The Annals of Pharmacotherapy**, v.34, p.1249-56, 2000.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Documento de Consenso en Atención Farmacéutica**. 2001. Disponível em: < <http://www.correofarmaceutico.com/documentos/consatfar310504.pdf> >. Acessado em: 26 dez. 2003.

FERNÁNDEZ, B.; IBÁÑEZ, V.J.S.; GONZÁLEZ, L.B. Demanda de información en la Farmacia Comunitaria. **Pharmaceutical Care España**, v.6, p.136-44, 2004.

FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. **Pharmaceutical Care España**, v.1, p.90-6, 1999.

FRADE, J.C.Q.P. **Desenvolvimento e avaliação de um programa relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais**. 301p. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - FIOCRUZ/Centro de Pesquisa René Rachou/Laboratório de Educação em Saúde, Belo Horizonte, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 41 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

GAIA, M.C.M. **Saúde como prática da liberdade: as práticas de famílias em um acampamento do MST e o desenvolvimento de estratégias de educação popular em saúde**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – FIOCRUZ/Centro de Pesquisa René Rachou, Belo Horizonte, 2005.

GALATO, D.; ALANO, G.M.; TRAUTHMAN, S.C.; VIEIRA, A.C. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.44, n.3, p.465-475, 2008.

GASTELURRUTIA, M.A.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. **Dispensación. Aula de la**

Farmácia. 2004. Disponível em: < <http://www.auladelafarmacia.org> >. Acessado em: 26 dez. 2005.

_____; FERNANDEZ-LLIMOS F.; GARCÍA-DELGADO P.; GASTELURRUTIA P.; FAUS M.J.; BERNIMOJ S.I. Barreras y facilitadores para la diseminación e implantación de servicios cognitivos de la farmacia comunitaria española. **Seguim Farmacoter**, v.3, p.65-77, 2005.

_____. **Elementos facilitadores e dificuldades para la diseminación e implantación de serviços cognitivos del farmacêutico em la farmácia comunitaria española**. 2006. Tese (Doutorado en Farmacia Asistencial). Universidad de Granada. Facultad de Farmacia, Granada, 2006.

GIBSON, P.G.; COUGHLAN, J.; WILSON, A.J.; ABRAMSON, M.; BAUMAN, A.; HENSLEY, M.J. et al. The effects of self-management education and regular practitioner review in adults with asthma. **Cochrane Database Systematics Reviews**, v.2, 2000.

GIBSON, P.G. et al. **Educación para el autocuidado y examen médico regular para adultos con asma**. 2006. Disponível em: < <http://www.update-software.com> >. Acessado em: 1 fev. 2006a.

____ et al. **Programas limitados (información solamente) de educación de pacientes para adultos con asma**. 2006. Disponível em: <http://www.update-software.com>. Acessado em: 01 fev 2006b.

GIELEN, A.C.; MCDONALD, E.M. Using the PRECEDE-PROCEED Planning Model to Apply Health Behavior Theories. In: GLANZ, K.; RIMER, B. K.; LEWIS, F.M. (Eds.) **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. São Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2002. p.409-436.

GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER, B.K. **Health Behavior and Health Education**. 3rd. ed. São Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2002.

GREEN, L.W. et al. **Health Education Planning**. Palo Alto: Mayfield, CA, 1980.

_____; KREUTER, M.W. **Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach**. 2nd ed. Mountain View, Calif: Mayfield, 1999.

GRIFFITHS, C.; FOSTER, G.; BARNES, N.; ELDRIDGE, S.; TATE, H.; BEGUM, S. et al. Specialist nurse intervention to reduce unscheduled asthma care in a deprived multiethnic area: the east London randomised controlled trial for high risk asthma (ELECTRA). **British Medical Journal**, v. 328, p. 144-50, 2004.

HARTZ, Z.M.A (org). **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Oportunidades y responsabilidades en atención farmacêutica. **Pharmaceutical Care Espana**, v.1, p. 35-47, 1999.

HOMANS, H.; AGGLETON, P. **Health Education, HIV Infection and AIDS. In Aggleton & Homans, Social Aspects of Aids.** Londres: The Falmer Press, 1988.

HUNTER, K.A.; BRYANT, B.G. Pharmacist provided education and counseling for managing pediatric asthma. **Patient Education Counseling**, v.24, p.127-34, 1994.

KLOOS, H. Human Behavior, Health Education and Schistosomiasis Control: A Review. **Social Science and Medicine**, v.40, p.1497-1511, 1995.

LANDA, B.G.B. La administración de especialidades farmacêuticas complejas por vía inhalatoria: actitudes, aptitudes y herramientas. **Pharmaceutical Care España**, v.6, p. 181-8, 2004.

LIU, M.Y.; JENNINGS, J.P.; SAMUELSON, W.M.; SULLIVAN, C.A.; VELTRI, J.C. Asthma patients' satisfaction with the frequency and content of pharmacist counseling. **Journal of the American Pharmacists Association**, v.39, p.493-8, 1999.

LUZ, Z.M.P.; NACIF, D.P.; 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, p.561-569, 2003.

LYRA JUNIOR, D.P. **Impacto de um programa de atenção farmacêutica nos resultados clínicos e humanísticos de um grupo de idosos, assistidos na Unidade Básica Distrital de Saúde Dr. Ítalo Baruffi, Ribeirão Preto (SP).** 2005. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas/ USP, Ribeirão Preto, 2005.

MORH, A. **A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências.** Tese (Doutorado em Educação - Ensino de Ciências Naturais), UFSC, Florianópolis; 2002.

MULLOY, E.; DONAGHY, D.; QUIGLEY, C.; MCNICHOLAS, W.T. A one-year prospective audit of an asthma education program in an out-patient setting. **Irish Medical Journal**, v.89, p. 226-8, 1996.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTES. NHLBI. **Global initiative for asthma (GINA). Global Strategy**

for Asthma Management and Prevention. [s.l.]: 2004. Disponível em: <<http://www.ginasthma.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=60>>. Acessado em: 2 maio 2005.

_____. **Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma.** 1997. Disponível em: <www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/asthma/practgde/practgde.pdf>. Acessado em: 5 maio 2005.

NAVES, J.O.S.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVER, L.D. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, p.1005-14, 2005.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B.V.; BLATT, C.R. Patient awareness about drugs prescribed after medical appointment and prescription. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3277-3283, 2011.

OJEL-JARAMILLO, J.N. **Educación sanitaria desde la farmacia comunitaria.** Aula de la Farmácia, 2004. Disponível em: <<http://www.auladelafarmacia.org>>. Acessado em: 26 dez. 2005.

OLMEDO, P.J.M. El papel del médico de familia en el control del asma. **Medicina de Familia (And)**, v. 1, p. 59-67, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção primária de saúde. Conferência Internacional de Alma-Ata.** Genebra, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 18 ago. 2004.

_____. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde.** Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acessado em: 18 ago. 2004.

_____. **Declaração de Jacarta. Quarta Conferência Internacional sobre promoção da saúde.** Jacarta, 1997. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>>. Acessado em: 18 ago. 2004.

_____. **Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas.** Ginebra: OMS, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Forum Farmacêutico das Américas.** Washington, 2005. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/AD/THS/EV/ffa-home.htm>>. Acessado em: 9 nov. 2005.

_____. **Organización Panamericana de la Salud/Foro Farmacêutico de las Américas. Proyecto Atención Farmacêutica en Diabetes Mellitus (AF/DM).**

2001. Disponível em: < www.paho.org/spanish/ad/th/s/ev/ffa-home.htm >. Acessado em: 4 abr. 2006.

ORNELLAS, C.P. **Educação em saúde: prática sanitária ou instrumento de ação ideológica.** 1981. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1981.

OSMAN, L.M. et al. Asthma advice giving by community pharmacists. *International Journal of Pharmacy Practice*, v. 7, p. 12-7, 1999.

PAULEY, T.R.; MAGEE, M.J.; CURY, J.D. Pharmacist-managed, physician-directed asthma management program reduces emergency department visits. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 29, n. 1, p. 5-9, 1995.

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

RUAS, R. Mestrado modalidade profissional: em busca da identidade. *Revista de Administração de Empresas*, v. 43, n. 2, p. 55-63, 2003.

RUSSEL, R.D. Evaluation in Health Education. In: BEDWORTH A E, BEDWORTH DA (orgs). *The Profession and Practice of Health Education*. Dubuque: Wm. C. Brown Publishers, 1992.

SAINI, B.; KRASSS, I.; ARMOUR, C. Development, implementation, and evaluation of community pharmacy-based asthma care model. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 38, p. 1954-60, 2004.

SCHALL, V.T. et al. Educação sanitária para alunos de primeiro grau: avaliação de um material de ensino e profilaxia da esquistossomose. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 387-404, 1987.

_____. Health education for primary school children: evaluation of a program for instruction and prevention of parasitic diseases. *Abstracts of the 12th International Congress for Tropical Medicine and Malaria*, p. 172, 1988. Excerpta Medica, London.

_____. Debate sobre o artigo de Briceño-León. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 1, p. 18-9, 1996a.

SCHALL, V.T. **Saúde e afetividade na infância: o que as crianças revelam e sua importância na escola.** 1996. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996b.

_____, STRUCHINER M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 4-6, 1999a.

_____, Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. 149-59, 1999b.

_____; MASSARA, C.L.; DINIZ, M.C.P. Educação em saúde e participação comunitária no controle da esquistossomose. In: LENZI H; COELHO PMZ; CARVALHO OS. **Esquistossomose.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SCHOMMER, J.C. et al. Community Pharmacist's work activities in de United States during 2000. *Journal of the American Pharmacists Association*, v. 42, p. 399-406, 2002.

SENIR, F. **Desenvolvimento de competências: de que ou de quem depende?** Disponível em: <<http://www.mercerhr.com.br/knowledgecenter/reportssummary/jhtml/dynamic/idContent/1096010>>. Acessado em: 15 nov. 2004.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(5): 2539-2560, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, v.24, n.6, p.2.

FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n.5, p.2539-2560, 2010.

SUDRE, P. et al. Objectives, methods and content of patient education programmes for adults with asthma: systematic review of studies published between 1979 and 1998. *Thorax*, v. 54, p. 681-7, 1999.

UCHÔA, E. et al. The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno-epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. *Social Science & Medicine*, v. 51, p. 1529-41, 2000.

VAN MIL, J.W.F. Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria en Europa, retos y barreras. *Pharmaceutical Care Espana*, v. 2, p. 42-56, 2000.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 39-57, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **EuroPharm Forum. Pharmacy-based asthma services – Protocol ad Guidelines.** Denmark, 1998. Disponível em: <http://www.euro.who.int/europharm/Activities/20020227_1>. Acessado em: 9 nov. 2005.

_____. **EuroPharm Forum. Projects. Copenhagen**, Denmark, 2005. Disponível em: <http://www.euro.who.int/europharm/Activities/20020227_1>. Acessado em: 9 nov. 2005b.

_____. **Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud Fortalecimiento de los sistemas sanitarios**. Ginebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/rpc/meetings/WR2004_spanish_report_summary.pdf>. Acessado em: 8 nov. 2005.

_____. **Knowledge Management Strategy**. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/kms/about/strategy/kms_strategy.pdf>. Acessado em: 8 nov. 2005a.

_____. **The role of the pharmacist: preparing the future pharmacist**. Curricular Development. Vancouver: WHO, 1997. p.27-29.