

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica

CAROLINA GALGANE LAGE MIRANDA

**ARTE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENSINO E
APRENDIZAGEM PARA TRANSFORMAR RELAÇÕES**

Recife
2017

CAROLINA GALGANE LAGE MIRANDA

**ARTE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENSINO E
APRENDIZAGEM PARA TRANSFORMAR RELAÇÕES**

**Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Inovação
Terapêutica da Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do Título de
Doutor em Inovação Terapêutica**

**Orientador: Prof. Dr. José Lamartine S. Sobrinho
Coorientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro**

**Recife
2017**

Catálogo na fonte
Elaine Barroso
CRB 1728

Miranda, Carolina Galgane Lage

Arte na educação em saúde: ensino e aprendizagem para transformar relações / Carolina Galgane Lage Miranda- Recife: O Autor, 2017.

198 folhas: il., fig., tab.

Orientador: José Lamartine S. Sobrinho

Coorientador: Mauro Silveira de Castro

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Inovação Terapêutica, 2017.

Inclui referências, glossário, apêndices e anexos

1. Hipertensão 2. Idosos- educação 3. Gravações de vídeos I. Soares Sobrinho, José Lamartine (orient.) II. Castro, Mauro Silveira (coorient.) III. Título

616.132

CDD (22.ed.)

UFPE/CB-2017-370

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: GALGANE, Carolina Lage Miranda

Título: Arte na Educação em Saúde: ensino e aprendizagem para transformar relações.

Tese apresentada à Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Doutor
em Inovação Terapêutica

Aprovada em: 25/ 05/ 2017

Banca Examinadora

Prof(a). Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof(a). Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof(a). Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof(a). Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof(a). Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas e todos, anônimos ou não, que fazem diferença no universo com seu trabalho, sua crença, sua existência, seu modo de viver, de ver e de ser. Agradeço por nos dar força e exemplo, de que, o que fazemos promove a diferença na nossa vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao responsável pelo começo de tudo, por ter me dado a oportunidade de ser, de existir e de fazer. Agradeço a oportunidade de ter conhecido e encontrado tantas belas pessoas com as quais apreendi a sorrir, a chorar, a crer, a trabalhar, a reconhecer, a desistir, a amar e a viver.

Simplesmente gratidão por ter tido e vivido tantos encontros que hoje me fazem chegar aqui. Um aqui que continua para além do minuto seguinte, para um além que eu não sei; que eu pratico a fé e o exercício de ser mais presente e consciente de tudo que ainda não sei em mim. Mas que posso me tornar.

Gratidão a Prof.^a e Mestre de vida Suely Galdino (em nome de tantos mestres da arte, da ciência e da vida) que me fez ver diferente do que eu enxergava e pela imensa oportunidade do desafio e da responsabilidade.

Gratidão ao amor que se aprende na família, na vida real de conviver e praticar. A minha mãe e meu amor, em nome de todos que amo e de tudo que o amor representa para mim.

Gratidão aos amigos da “pesquisa científica”, a todas as pessoas que aprendi a admirar e que me fizeram ter uma tese para redigir. Essas pessoas, seres humanos que permitiram o encontro, as conversar e fizeram existir o doutorado de alguém. Gratidão por existirem, pois entendi o quão importante é fazer o melhor possível. Mesmo sabendo que o que virá a partir dessa ação é desconhecido. Agradeço a amizade, a disponibilidade e os momentos que pude viver com vocês.

Pode ser uma pequena Luz,
não importa. A escuridão realça uma
diminuta luz.

Monge Ryozan (baseado na
psiquiatria de Carl Jung)

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade de uma intervenção artística (vídeo), por meio da utilização de técnica artística (artes cênicas e desenho) na produção do vídeo, como estratégia de educação de usuários de medicamentos, comparada a estratégia usual, palestra educativa. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido em duas fases. A primeira fase consistiu a elaboração do Material Educativo Audiovisual (MEA) a partir da pedagogia de Paulo Freire. Nessa fase realizou-se um estudo metodológico e de desenvolvimento. Um estudo metodológico compreende um conjunto de ações de: elaboração, validação e avaliação de um instrumento e técnica de pesquisa que possa ser empregado por outros pesquisadores. A segunda fase tratou-se da realização do quasi-experimento, com delineamento pré e pós-teste com grupo controle não equivalente, por meio de uma intervenção educacional (vídeo artístico). Tendo um grupo intervenção e um controle, não ocorrendo randomização, sendo a intervenção realizada em paralelo. A amostra do Grupo Controle e Intervenção foi seletiva, por conveniência, por ser área da saúde a amostra se compôs dos indivíduos que se teve acesso durante a palestra e a intervenção, nos dias do encontro dos grupos de HiperDia nos respectivos CSC sorteados. **Resultados:** O Grupo Intervenção apresentou ganho de conhecimento de média de cerca de 0,8 pontos ($p=0,000$) em relação ao Grupo Controle 0,2 pontos ($p=0,19$), com intervalo de confiança de 95%. Aprimorando os resultados por meio de análise de regressão linear múltipla, obteve-se que o Grupo intervenção apresentou ganho de conhecimento final de 0,393 percentual ($p=0,038$) em relação ao grupo Controle. Embora ambos os grupos tenham tido ganho de conhecimento (pós teste) em relação à palestra e ao vídeo. **Conclusão:** o material audiovisual produzido pode ser considerado uma ferramenta didática válida capaz de promover ganho de conhecimento na educação de usuários hipertensos sobre sua doença, medicamentos, mudança de estilo de vida e uso correto e seguro de medicamentos.

Palavras-chave: Hipertensão. Vídeo. Educação de Idosos. Educação em Saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of an artistic intervention (video), through the use of artistic technique (scenic arts and design) in the video production, as a strategy for educating drug users, compared to the usual strategy, educational lecture. **Methods:** The study was developed in two phases. The first phase consisted of the elaboration of the Audiovisual Educational Material (MEA) from Paulo Freire's pedagogy. At this stage a methodological and developmental study was carried out. A methodological study comprises a set of actions of: elaboration, validation and evaluation of an instrument and research technique that can be used by other researchers. The second phase was the quasi-experiment, with a pre-and post-test design with a non-equivalent control group, through an educational intervention (artistic video). Having a group intervention and a control, not occurring randomization, being the intervention realized in parallel. The sample of the Control and Intervention Group was selective, for convenience, since it was a health area, the sample was composed of the individuals who had access during the lecture and intervention, on the days of the meeting of the HiperDia groups in the respective CSC drawn. **Results:** The Intervention Group presented average gain of 0.8 points ($p = 0.000$) in relation to the Control Group 0.2 points ($p = 0.19$), with a 95% confidence interval. By improving the results through multiple linear regression analysis, it was obtained that the intervention group presented a final knowledge gain of 0.393 percentage ($p = 0.038$) in relation to the control group. Although both groups had gained knowledge (post test) in relation to the lecture and the video. **Conclusion:** the audiovisual material produced can be considered a valid teaching tool capable of promoting knowledge gain in the education of hypertensive users about their illness, medication, lifestyle change and correct and safe use of medications.

Key words: Hypertension. Video. Education of the Elderly. Health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras e Ilustrações

Figura 01. Diagrama representando o Método do Arco de Maguerez.

Figura 02. Representação em quatro passos do ciclo básico da investigação-ação.

Ilustração 02. Ilustração Gráfica da cidade de Palmas, segundo áreas de ponderação.

Ilustração 03. Triangulação do Método de Pesquisa – Fase 1

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Representando a fase 1 da pesquisa – Construção e Validação do vídeo

Fluxograma 2 – Representando a fase 2 da pesquisa – Vídeo como Estratégia de Educação em Saúde

Fluxograma 3 – Representando as etapas de coleta de informações e resultados gerados para a elaboração do Roteiro Conceitual e Roteiro Artístico

Fluxograma 4 – Representando as etapas para construção do Vídeo Artístico

Fluxograma 5 - Representando o total de amostra obtido no Grupo Controle e Intervenção, conforme momento da coleta de dados

Fluxograma 6 – Etapas para elaboração e Definição do Roteiro Conceitual

Fluxograma 7 – Etapas para elaboração e Definição do Roteiro Artístico

Fluxograma 8 – Momentos e Etapas para Definição da Linguagem e Características Artísticas do Vídeo

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Perfil do Grupo Base – Idade

Gráfico 02 – Perfil do Grupo Base – Sexo

Gráfico 03 – Perfil do Grupo Base – UF de Nascimento

Gráfico 04 – Perfil do Grupo Base – Escolaridade

Gráfico 05 – Perfil do Grupo Base – Tempo que Frequenta o Centro de Saúde da Comunidade (CSC)

Gráfico 06 – Análise da Compreensão do Material Educativo Audiovisual (MEA)

Gráfico 07 – Análise da Persuasão do Material Educativo Audiovisual (MEA)

Gráfico 08 – Análise da Autoeficácia do Material Educativo Audiovisual (MEA)

Gráfico 09 – Análise da Aceitabilidade do Material Educativo Audiovisual (MEA)

Gráfico 10 – Análise da Atratividade do Material Educativo Audiovisual (MEA)

Gráfico 11 – Perfil do Grupo Intervenção – Idade

Gráfico 12 – Perfil do Grupo Intervenção – Sexo

Gráfico 13 – Perfil do Grupo Intervenção – UF de Nascimento

Gráfico 14 – Perfil do Grupo Intervenção – Escolaridade

Gráfico 15 – Perfil do Grupo Intervenção – Tempo que Frequenta o Centro de Saúde da Comunidade (CSC)

Gráfico 16 – Perfil do Grupo Intervenção – Renda Familiar

Gráfico 17 – Perfil do Grupo Controle – Idade

Gráfico 18 – Perfil do Grupo Controle – Sexo

Gráfico 19 – Perfil do Grupo Controle – UF de Nascimento

Gráfico 20 – Perfil do Grupo Controle – Escolaridade

Gráfico 21 – Perfil do Grupo Controle – Tempo que Frequenta o Centro de Saúde da Comunidade (CSC)

Gráfico 22 – Perfil do Grupo Controle – Renda Familiar

Gráfico 23. Representando angulação da reta para ganho de conhecimento entre Grupo Controle e Intervenção, quasi-experimento pré e pós teste.

Gráfico 24 – Representação, Box Plot, do ganho de conhecimento pré e pós teste para cada grupo da pesquisa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Perfil das pessoas participantes do Grupo HiperDia do Centro de Saúde da Comunidade da 403 Sul - Palmas/TO, 2016

Tabela 02 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado ao medicamento - Palmas/TO, 2016

Tabela 03 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado ao uso de plantas/chás/garrafas - Palmas/TO, 2016

Tabela 04 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado à doenças - Palmas/TO, 2016

Tabela 05 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado à nutrição/alimentação - Palmas/TO, 2016

Tabela 06 – Frequência com que os indivíduos do Grupo Base vão ao Centro de Saúde da Comunidade 403 Sul - Palmas/TO, 2016

Tabela 07 – Dificuldades encontradas pelos indivíduos do Grupo Base quando vão ao Centro de Saúde da Comunidade 403 Sul - Palmas/TO, 2016

Tabela 08 – Capacidade de Entendimento do Grupo Base quando conversa com médico ou enfermeiro sobre sua doença - Palmas/TO, 2016

Tabela 09 – Capacidade de Entendimento do Grupo Base quando conversa com médico ou enfermeiro sobre medicamentos - Palmas/TO, 2016

Tabela 10 – Conhecimento dos indivíduos do Grupo Base sobre seu estado de saúde: avaliação da sua saúde - Palmas/TO, 2016

Tabela 11 – Conhecimento dos indivíduos do Grupo Base sobre seu estado de saúde no momento da entrevista - Palmas/TO, 2016

Tabela 12 – Doenças mais frequentes nos indivíduos do Grupo Base - Palmas/TO, 2016

Tabela 13 – Resposta do indivíduo do Grupo Base sobre dificuldade ou não de cuidar da sua saúde - Palmas/TO, 2016

Tabela 14 – Conhecimento do indivíduo do Grupo Base sobre sua saúde - Palmas/TO, 2016

Tabela 15 – Dificuldades encontradas pelos indivíduos do Grupo Base para cuidarem de sua saúde - Palmas/TO, 2016

Tabela 16 – Respostas dos indivíduos do Grupo Base sobre seu Comportamento perante sua doença - Palmas/TO, 2016

Tabela 17 – Quantitativo e local de guarda dos medicamentos utilizados pelo Grupo Base - Palmas/TO, 2016

Tabela 18 – Conhecimento sobre uso de medicamentos pelos indivíduos do Grupo Base - Palmas/TO, 2016

Tabela 19 – Conhecimento das Doenças Crônicas pelos indivíduos do Grupo Base P-Palmas/TO, 2016

Tabela 20 – Respostas dos indivíduos do Grupo Base sobre temas de interesse pessoal para conhecimento - Palmas/TO, 2016

Tabela 21 – Respostas dos indivíduos do Grupo Base sobre causas de não controle de doenças crônicas - Palmas/TO, 2016

Tabela 22 – Domínios analisados por meio da avaliação dos itens que os constituem*, adaptado de Doak, 1996

Tabela 23 - Pontuação de aceitação pela comunidade quanto às instruções apresentadas no MEA para cada um dos domínios - Palmas/TO, 2016

Tabela 24 - Respostas da comunidade que sugeriram restrição quanto à compreensão, persuasão e auto-eficácia do material educativo audiovisual - Palmas/TO, 2016

Tabela 25 - Resultado da avaliação do MEA pelos profissionais de saúde (juízes) dos estados de Pernambuco, Rio Grande do Sul e Tocantins, 2016

Tabela 26 - Sugestão dos Juízes e a justificativa para as considerações não acatadas referente a alterações no material educativo, 2016

Tabela 27 - Características sociodemográficas dos participantes do Grupo Controle e Intervenção - Palmas/TO, 2016

Tabela 28 - Valores da Média de conhecimento pré e pós para Grupo Controle e Intervenção - Palmas/TO, 2017

Tabela 29 - Valor do R^2 para verificação da qualidade do modelo de regressão para análise estatística entre os grupos controle e intervenção - Palmas/TO, 2017

Tabela 30 - Valor do Delta de Conhecimento (Coeficiente B) para as variáveis controladas do Grupo Intervenção - Palmas/TO, 2017

LISTA DE SIGLAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária	ANVISA
Área de Ponderação	AP
Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	PNEPS
Atenção Farmacêutica	AtF
Conselho Federal de Farmácia	CFF
Central de Medicamentos	CEME
Conselho Nacional de Saúde	CNS
Comitê de Ética em Pesquisa	COEP
Unidade Básica de Saúde	UBS
Hipertensão Arterial	HAS
Grupo Base	GB
Centro de Saúde da Comunidade	CSC

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
1.2 A COMPLEXIDADE DO SER	21
1.3 BUSCA METODOLÓGICA	22
1.4 RELATO DE VIVÊNCIA: MINHA EXPERIÊNCIA COMO PESQUISADORA EM AÇÃO	24
2 OBJETIVOS	30
2.1 OBJETIVO GERAL	30
2.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
2.2. HIPÓTESE	30
3 REVISÃO DA BASE TEÓRICA	31
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRICO E CONCEITOS	31
3.1.1 DIFERENÇAS ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE	34
3.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: POLÍTICAS NACIONAIS	35
3.2.1 DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS NO BRASIL	35
3.2.2 CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA	35
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	36
3.3.1 HIATO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA	37
3.4 AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E A PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE	38
3.5 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	40
3.6 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: PAULO FREIRE	41
3.6.1 A PEDAGOGIA LIBERTADORA: PROBLEMATIZAÇÃO DA REALIDADE	42
3.7 PERSPECTIVAS DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E O LÚDICO	46
3.7.1 PROCURA PELO CUIDADO DO SER	46
3.7.2 CAMINHOS PARA MELHORES RESULTADOS EM SAÚDE	47
3.8 A ARTE COMO AÇÃO TRANSFORMADORA	49
3.8.1 A ARTE NO DESAFIO DO ENSINO E APRENDIZAGEM	50
3.9 O VÍDEO COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	53

4 METODOLOGIA	55
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	55
4.2 LOCAL DE ESTUDO	58
4.3 FASE 1 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO	59
4.3.1 METODOLOGIA UTILIZADA NA FASE 1 – CONSTRUÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO	59
4.3.2 FASE 1: CONSTRUÇÃO DA ABORDAGEM ARTÍSTICA – O VÍDEO	65
4.3.2.1 A CONSTRUÇÃO DO VÍDEO	66
4.3.3 VALIDAÇÃO DO VÍDEO ARTÍSTICO	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: FASE 1	70
5.1 GRUPO BASE	70
5.1.2 TEMAS EM SAÚDE DE INTERESSE DO GRUPO BASE	72
5.1.3 PERCEPÇÃO DO AGENTE E TÉCNICO DE SAÚDE SOBRE PRINCIPAIS DIFICULDADES DOS INDIVÍDUOS DO CSC 403SUL EM RELAÇÃO AO USO DE MEDICAMENTOS.	77
5.1.4 OBSERVAÇÕES REGISTRADAS NO DIÁRIO DE CAMPO DURANTE OS ENCONTROS.	78
5.1.5 PERFIL DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS – GRUPO BASE	79
5.2 O ROTEIRO CONCEITUAL	100
5.3 ROTEIRO ARTÍSTICO	101
5.4 PROCESSOS PARA DEFINIÇÃO DA LINGUAGEM E CARACTERÍSTICAS ARTÍSTICAS DO VÍDEO	103
5.4.1 A IDEIA INICIAL - MOMENTO 1	104
5.4.2 IDEIA 2 - MOMENTO 2	104
5.4.3 IDEIA 3 - MOMENTO 3	105
5.4.4 IDEIA 4 - MOMENTO 4	106
5.5 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO VÍDEO ARTÍSTICO	110
5.5.1 RESULTADOS DA COMUNIDADE	110
5.5.2 RESULTADOS DOS JUÍZES – PROFISSIONAIS DE SAÚDE	114
5.6 SÍNTESE DOS RESULTADOS FASE 1	117
6 FASE 2 – UTILIZAÇÃO DO VÍDEO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	120

6.1 METODOLOGIA UTILIZADA NA FASE 2 – AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO EDUCACIONAL.	120
6.1.1 IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO A SER ESTUDADA E SORTEIO DOS CSCs PARA CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	120
6.1.2 AMOSTRA	123
6.2 GRUPO INTERVENÇÃO – VÍDEO EDUCACIONAL	124
6.3 GRUPO CONTROLE: A CONSTRUÇÃO DA PALESTRA	125
6.4 INSTRUMENTOS	126
6.4.1 TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	126
6.5 ANÁLISE DOS DADOS	126
6.6 ASPECTOS ÉTICOS	127
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO QUASI-EXPERIMENTO	128
7.1 PERFIL SOCIOCULTURAL DOS GRUPOS CONTROLE E INTERVENÇÃO	128
7.1.1 COMPARAÇÃO ENTRE GRUPOS CONTROLE E INTERVENÇÃO: CARACTERÍSTICAS SOCIAIS	128
7.2 RESULTADO DO QUASI-EXPERIMENTO: O ARTÍSTICO VERSUS O PADRÃO	129
7.2.1 ANOVA: GRUPO CONTROLE E INTERVENÇÃO	129
7.2.2 REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA	131
7.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS FASE 2	135
8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	136
9 CONCLUSÃO	138
REFERÊNCIAS	143
GLOSSÁRIO	157
APÊNDICES	158
ANEXOS	187

ARTE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENSINO E APRENDIZAGEM PARA TRANSFORMAR RELAÇÕES

1 INTRODUÇÃO

1.1 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O modelo brasileiro de atenção à saúde, ainda é centrado na reprodução de práticas curativas, assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde (CESTARI; ZAGO, 2005; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004). A atenção primária, com suas ações de promoção, prevenção e detecção precoce de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), deve ser vista como prioritária à atenção dispensada à comunidade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade no mundo (SILVA; COTTA; ROSA, 2013; SCHMIDT et al., 2011). E apesar da gravidade e do aumento de sua incidência, grande parte dessas doenças poderia ser evitada. As DCNT permanecem como um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde atuais (SILVA; COTTA; ROSA, 2013). Os programas e ações de intervenção que promovam a promoção de saúde e prevenção de doenças tem sido introduzidos em diferentes países desde o início da década de 70, com intuito de diminuir a morbidade e mortalidade por DCNT, por meio de ações que produzam a redução dos fatores de risco nas comunidades (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Assim a Organização Mundial da Saúde prioriza as ações de prevenção no cuidado com as condições crônicas, enfatizando que é possível prevenir a maioria destas doenças e que toda interação de saúde deve incluir ações de prevenção (OMS, 2003). A prevenção, na área da saúde, é definida por ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas. Sendo composta por ações de caráter primário e genérico tais como: melhoria nas condições de vida, redução da suscetibilidade das pessoas às doenças e educação sanitária (CESTARI; ZAGO, 2005, p. 219).

Em contra partida o “conceito de Promoção é mais amplo, uma vez que enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho, por mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na construção e operacionalização das práticas de saúde, visando aumentar a saúde e o bem estar gerais, não relacionados com alguma doença específica” (CESTARI, ZAGO, 2005, p. 219). O conceito de promoção da saúde surgiu e

se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental (BUSS, 2000, p. 166). Inúmeros eventos internacionais, tais como a Conferência de Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988), Sundsvall (WHO, 1991) e Jacarta (WHO, 1997); associadas à publicações de caráter conceitual e resultados de pesquisa tem contribuído para aproximações à conceitos e práticas mais precisas nesse campo. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o nosso contexto sub-regional (BUSS, 2000, p.166-167). O autor acredita que a promoção representa uma estratégia promissora para enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações. Desta forma a promoção da saúde parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes; propõe a articulação de saberes técnicos e populares; e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p.165).

Assim sendo, fazer a Promoção da Saúde “é permitir-se um permanente e contínuo processo de reflexão sobre articulação e coerência, entre produção discursiva e a práxis, por meio de uma postura crítica e positiva para viver e mudar posturas e ações”. Enquanto que ações de prevenção, “termo muito utilizado na saúde, mas na prática tem sido pouco utilizado, deve estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos sociais a quem a ação se dirige, ou seja aos aspectos culturais” (CESTARI; ZAGO, 2005, p. 219). Desta forma a Educação em Saúde é elemento importante para atingir tais objetivos de prevenção e promoção, para promover mudanças significativas para indivíduos e comunidades em suas relações com sistemas e profissionais de saúde (VASCONCELOS, 2001; BUSS, 2000; VALLA, 1992).

Desta maneira,

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000, p. 174).

Ampliar a autonomia é proporcionar a reflexão sobre si, o estar no mundo e a visão da realidade, enquanto, mundo que si vive e se tem necessidades. Para tanto, busca-se metodologias educativas que promovam o desenvolvimento do indivíduo e da comunidade enquanto atores sociais e agentes reflexivos e transformadores da própria realidade. A prática pedagógica da educação em saúde deve ser condizente com a formação desse indivíduo e portanto deve ser uma prática ativa, que promova a discussão e a participação dos indivíduos no modo de se educar, como realizar o compartilhar de saberes e de como construir essa relação (VALLA, 1999; VASCONCELOS, 1999; FREIRE, 1993). Priorizando o modo dialógico e a valoração do conhecimento entre todas as partes envolvidas no processo de construção do saber e da prática desejada (FREIRE, 1993).

A construção do saber compartilhado necessita repensar estratégias de comunicação e educação em saúde. Assim sendo, a Educação Popular em Saúde se apresenta como ferramenta política e metodológica para o alcance de um discurso igualitário entre as partes envolvidas na relação indivíduo/profissionais de saúde-instituições, com a validação e empoderamento de cada agente desse processo. Assim o problema/situação que se enfrenta, apresenta-se em sua globalidade, na qual a interdisciplinaridade passa a ser uma demanda popular para uma prática de saúde alargada que atenda aos anseios da população (VASCONCELOS, 2001).

1.2 A COMPLEXIDADE DO SER

Para a prática da educação em saúde, acredita-se na utilização da arte como ferramenta capaz de propiciar o diálogo e a aproximação entre indivíduos/coletivos/profissionais de saúde sendo capaz de trazer à tona uma gama de significados culturais e sociais que, tendo resultado positivo, pode vir a ser um recurso terapêutico que aproxime profissionais de saúde e usuários de forma mais igualitária. Com diminuição de lacunas no entendimento, na relação terapêutica entre ambos, no estímulo à propagação do conhecimento adquirido, na linguagem mais próxima da comunidade versus a linguagem técnico-científica dos profissionais de saúde (DANTAS, 2010). Uma vez que arte permite o desenvolvimento de relações e diálogos mais próximos da vida cotidiana das pessoas, permitindo aproximações e trocas entre os universos, interpretações subjetivas, sofrimentos, compreensões de mundo e do próprio ser, em níveis não alcançáveis, apenas com as palavras e boas intenções (MASSETI, 1997; 2005; OLIVEIRA; OLIVEIRA; 2008).

A necessidade atual de refletir sobre novas atitudes direcionadas ao relacionamento profissional de saúde/usuário; entendimento do usuário sobre suas necessidades e problemas em saúde; tratamento, abordagem e terapia do usuário/comunidade; e a crescente evolução em diversas áreas do saber, colocam o ser humano diante de inovações que exigem mudança de comportamento, onde ele sofre influência e influencia também o modo de pensar. Isso tudo se reflete na sociedade, nos novos hábitos e na saúde, pois a aprendizagem está e se constrói em toda parte.

Segundo Edgar Morin (1991), o indivíduo está na sociedade que está no indivíduo, logo as mudanças, os novos meios de se aprender, de se relacionar e de estar no mundo são constantemente aprimorados, produzidos e reproduzidos. A pessoa faz parte de uma comunidade, e esta faz parte da pessoa com suas normas, linguagem e cultura que, ao mesmo tempo, é produto dessa sociedade e produtora de sua manutenção e do *status quo*.

Este é um princípio da epistemologia da complexidade que entende que a parte está no todo, assim como o todo está na parte. Nada está isolado, tudo está relacionado. Assim também é o ser humano; ele não é só um ser biológico e cultural, é um ser complexo que vive, adoece, se cura e se sociabiliza; daí a necessidade de buscar-se novos meios para que ocorra o aprendizado e as transformações necessárias em saúde.

[...] da complexidade humana. Trata-se de o ser humano não ser somente um ser biológico ou um ser cultural. Sua natureza é multidimensional; ele é trinitário. Faz parte da espécie do *homo sapiens*, é membro de uma sociedade e é um indivíduo. (MORIN, 1991, p. 78).

Complementando a ideia da complexidade de Morin (1991, p.78) “[...] há algo mais do que a singularidade ou que a diferença de indivíduo para indivíduo, é o fato que cada indivíduo é um sujeito”.

1.3 BUSCA METODOLÓGICA

Partindo do entendimento da complexidade do ser, da necessidade de construir novas formas de educar em saúde e do desejo de construir um saber compartilhado que venha a ser transformador e capaz de formar indivíduos autônomos e agentes ativos da sociedade, buscou-se criar uma ferramenta artística em conjunto com a comunidade. No intuito de verificar a efetividade dessa ferramenta, a intervenção em saúde (vídeo artístico e educativo), em relação ao procedimento padrão (palestra educativa) para educação em

saúde; foi necessário utilizar uma metodologia de análise capaz de dialogar e trazer seus rigores científicos de modo a complementarem uma forma de construir e fazer ciência comprometida com a necessidade das pessoas. Sendo assim, a pesquisa utiliza a triangulação do método proposto por Oliveira (2007), bem com o uso da análise qualitativa e quantitativa que, segundo Minayo (2011), as interpretações advindas de cada uma quando bem estruturadas, podem ser complementares entre si, visto que o universo de entendimento da pesquisa é complexo e diverso.

O contexto da análise do entendimento, percepção e capacidade de compreender e praticar os conceitos básicos em saúde se referem “à um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos que é entendido aqui como parte da realidade social. [...] é o objeto de estudo da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 2011, p.21). O ser humano se distingue por agir, pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os outros. Deste modo, para acessar esse universo da relação humana, das interpretações e intencionalidades que não podem ser traduzidos em números e indicadores é que lançamos mão à pesquisa qualitativa (MINAYO, 1993, 2011; TRIVIÑOS, 1987). Entretanto, essa abordagem não esgota o tema proposto, pois quando se fala em educação em saúde faz-se necessário também a avaliação e quantificação dos conceitos e princípios apreendidos.

A abordagem qualitativa se diferencia da abordagem quantitativa pela natureza dos objetos estudados e não pela escala hierárquica de valor ou importância científica. Segundo Minayo (2011), não devemos considerar a abordagem qualitativa como uma abordagem “subjetiva e impressionista” em detrimento a quantitativa que seria “objetiva e científica”. Para a autora, ambas as abordagens são relevantes para a ciência e os dados advindos delas são complementares. De modo que, existe uma oposição complementar entre os tipos de abordagem qualitativo-quantitativo que, quando bem trabalhadas, na teoria e na prática, podem produzir uma informação muito rica, aprofundada e uma maior fidedignidade da interpretação do dados e da realidade em estudo (MINAYO; SANCHES, 1993).

Nesse trabalho, buscou-se avaliar uma abordagem artística no repasse e compreensão dos usuários quando refere-se à conceitos de saúde e uso correto e seguro de medicamentos. Para isso foi necessário avaliar a capacidade de entendimento dos usuários que interagem com o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atenção primária. Ou seja, aqueles que utilizam os Centro de Saúde da Comunidade (CSC) e aplicam na sua rotina as recomendações e os conhecimentos apreendidos com os profissionais de saúde municipal. Bem como, conhecer as características sociais e o conhecimento já adquirido

destes indivíduos atendidos pelo CSC 403 Sul (Grupo Base), para ser o ponto de partida para realização dos procedimentos e metodologia para a comparação entre Grupo Controle e Intervenção. Portanto o método mais adequado, é a utilização de ambas as abordagens: tanto qualitativo, quanto quantitativo.

1.4 RELATO DE VIVÊNCIA: MINHA EXPERIÊNCIA COMO PESQUISADORA EM AÇÃO

Nesse subtópico apresento minha experiência de convivência e aprendizado com o grupo base (Equipe Saúde da Família do Centro de Saúde da Comunidade 403Sul, Palmas do Tocantins). Essa relação iniciou em 2012, quando ainda mestranda, fui conhecer esse grupo, pois um dos farmacêuticos que eu acompanhava no mestrado fazia parte do grupo. Nesse primeiro e único encontro, no mestrado, percebi o quanto o grupo era organizado, em termos de sistematização do encontro (semanal, às quartas-feiras, de 08h às 10h aprox.), dos horários, da existência de um local para os encontros, do quantitativo de pessoas da comunidade envolvidas e a existência de uma enfermeira, um médico, um farmacêutico, uma técnica de saúde e os agentes de saúde. Era nítido o empenho da enfermeira em manter o grupo, buscar por atividades que fossem atraentes ou necessárias aos idosos. Além de ser envolvida em manter uma relação de proximidade com a comunidade, idosos hipertensos e diabéticos, e de proporcionar à eles atividades diversas. No dia que os conheci, eles tinham, no encontro passado ido à um clube. Nesse primeiro dia, conheci a enfermeira e o médico e me foi informado que a enfermeira era a responsável por organizar, agendar e manter as atividades do grupo. Portanto, como sabia que iria fazer doutorado, peguei os contatos e me disponibilizei a participar de alguma ação que a enfermeira julgasse válido. Essa ação somente efetivou-se em meu doutorado.

Nesse primeiro contato presencial (ano de 2012) com o grupo não houve contato com a pessoas da comunidade, somente com a equipe dos profissionais de saúde. Quando iniciado o doutorado (2013) e definido o que seria a pesquisa e a necessidade de partir de um grupo base para construir um vídeo artístico e educativo, isso já no ano de 2014, pensei imediatamente em ter o Grupo da CSC 403Sul, como grupo base. Devido a abertura dos profissionais de saúde, principalmente da enfermeira responsável, e a atuação firme, política e sistemática de encontro e participação da comunidade no grupo. Iniciou-se então, meu primeiro contato com a enfermeira, explicando do meu desejo, das minhas necessidades e da possibilidade dela, do médico e do grupo em receber o projeto. Somente

após essa conversa com a enfermeira é que iniciou os protocolos do Comitê de Ética municipal.

Meu primeiro contato com a comunidade ocorreu em setembro de 2014, após parecer favorável do Comitê de Ética Municipal autorizando a entrada nos CSC de Palmas. A partir de setembro realizei encontros com o Grupo Base para coleta das informações gerais e específicas exigidas para execução da pesquisa. Os encontros para a pesquisa sofreram ajustes pois, em Julho de 2015, o projeto foi incluído na Plataforma Brasil e seu deferimento se deu em setembro de 2015. No entanto, o convívio com a comunidade já havia iniciado.

A partir do deferimento do projeto pelo Comitê de Ética da UFPE apresentado na Plataforma Brasil, coloquei em prática a execução da metodologia da pesquisa, que correspondeu à 5 encontros, sendo os mesmo semanais, mensais ou bimestral, de acordo com o descrito no capítulo metodologia. No entanto, desejo fazer aqui, um breve relato das ações que realizei durante toda o período de setembro de 2014 até agosto de 2016, destacando os momentos mais transformadores que permitiram chegar na construção do vídeo e nas relações entre nós (entendam aqui, que o nós refere-se à: eu; as pessoas individualmente; as pessoas que formam a comunidade do estudo; os profissionais de saúde; as demais pessoas envolvidas no processo do doutorado ou da execução/criação do vídeo e sua validação).

Quando se pretende realizar uma pesquisa em consonância com os princípios norteadores da Educação Popular em Saúde, a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, e o desejo de fazer um trabalho com indivíduos e suas individualidades para a construção de um bem coletivo, precisa-se de tempo. Mas também precisa-se de se ter alcançado a construção de uma relação que vai para além de pesquisadora bem intencionada e munida de metodologias científica adequadas. É necessário, e foi essa minha busca, a construção de uma relação de convivência, de amizade, de confiança, para que me fosse possível conhecer cada indivíduo e ter acesso aos seus questionamentos, sentimentos, verdades e fazeres sem que esse “acesso” causasse um desconforto para além do mínimo imutável. Portanto, julguei necessário criar um vínculo respeitoso e tolerante. Uma tolerância muito mais “deles /as pessoas” para comigo, do que o inverso. Afinal de contas, eu tinha mais a “ganhar” (pois tinha um doutorado a executar) e conhecia os risco (que para mim eram poucos). Essa tolerância deles para comigo era o que eu buscava, pois eu era uma pessoa bem mais nova (o grupo base era composto por idosos 80% entre 60 e 79 anos), com outras

perspectivas de vida, outros hábitos de saúde, outra posição social, outros problemas sociais.

A pesquisa tinha suas demandas e exigências acadêmicas, mas como criar uma relação para além da relação acadêmica? Como eu poderia ser vista como pessoa à construir junto e não pesquisadora/observadora? Como eu poderia ser considerada indivíduo (Carolina) e não a “estudante” que veio nos pesquisar e que vai embora depois. Como eu poderia adentrar no campo da subjetividade daquelas pessoas que formavam o grupo base, sem ter permissão deles? Sem que eles confiassem em mim? Como ser uma pessoa, diante de outra pessoa e não um pesquisador frente aos pesquisados?

Essas dúvidas me moveram a descobrir caminhos e posturas. Me fez descobrir eu mesma diante do outro, esse outro que é tão humano e sensível à alegrias e tristezas. Como lidar com a morte dessas pessoas que se tornaram meus amigos? Como eles vivem, como sofrem, como são humanos, como articulam, como exigem, como convivem... tudo isso bem diante dos meus olhos!

Portanto a pesquisa me ajudou a procurar e a “ver” o que nos unia, quais características nos colocavam em posições similares. E assim, percebi que, o que mais me unia a eles era a existência de medos, desejos, o que sabíamos que fazíamos bem ou que gostávamos; independente de serem sentimentos ou situações causadas por fatores iguais.

Certa vez, em um dos encontros, era dia de eu ir aplicar uma dinâmica para a pesquisa. Mas eu estava tão mal de saúde, cansada, com dor, sem forças; mas era meu dia e o tempo no doutorado é ligeiro. Então eu fui e iniciei os procedimentos; até que em um momento alguém me perguntou: “Carol você está bem?” E eu respondi que não estava bem, que estava cansada, com dor, com alguns problemas de saúde, mas que precisava estar ali. Quando relatei a “verdade”, percebi o que ainda não era óbvio para mim: as pessoas sabem/sentem quando somos verdadeiros ou quando estamos atuando com máscaras. E então quando somos colocados em “cheque” e conseguimos ser honesto, temos chances de sermos acolhidos verdadeiramente. Sinto que esse dia representou um grande avanço nas relações com as pessoas e com a pesquisa. Elas sabiam que eu falaria a verdade, que eu era “gente” que tinha problemas, sofrimentos e dificuldades. E a partir desse dia eu senti, que nossas relações tornaram-se de fato, cada vez mais honestas, pois eu não precisava ser uma pessoa sempre feliz, bem-humorada e com saúde; eu era como “eles” (uma pessoa com uma vida e suas questões de vida).

Para criar essa relação de tolerância, confiança e respeito foi preciso se abrir, ter coragem de desmascarar posturas e papéis sociais, para ambas as partes. Foi preciso conviver com o que somos e com as pessoas.

A pesquisa propunha a construção do vídeo artístico e educativo e a construção desse material exigiu a colaboração dos presentes, para que pudéssemos de fato construir algo significativo para o grupo. Portanto conviver, ter tolerância respeitosa, confiar, ser honesto e ter coragem de discutir exigiu novas formas de fazer a pesquisa acontecer de fato. Houveram portanto os encontros, discussões e apresentações, tal como informado na metodologia da pesquisa científica. Mas houveram também, paralelo as formalidades e *modus operandi* da metodologia da pesquisa, encontros artísticos, comemorações, festinhas e eventos fora os dias semanais habituais da pesquisa (as quartas-feiras).

A gerência da CSC 403 sul permitiu a concretização do desejo do grupo: ter aulas de dança. Essas aulas aconteciam em um outro dia e horário que não o dia do encontro com o grupo base, dentro do próprio CSC 403 sul. Eram aulas de alongamento, massagem, aula de forró e bate-papo. Essas aulas foram realizadas no período de maio de 2015 até dezembro do mesmo ano, sendo ministradas por mim; em alguns momentos as aulas foram filmadas e mostrada para o grupo base. De modo a estimular que mais pessoas participassem e também para elevar a autoestima de cada “dançarino”. Além de ser um momento de descontração e divertimento compartilhado com quem não esteve presente. Essas “aulas” permitiram o estreitamento gradual do vínculo afetivo tanto com as pessoas do grupo base que frequentavam as aulas, quanto as que assistiam o vídeo. A partir dessas ações surgiu também convites para que eu participasse da “vida” das pessoas, fossem por meio de um almoço de domingo ou encontro familiares na casa dessas pessoas.

Paralelo as ações de aula, e dos encontros no grupo base, houve a organização e o convite para que todo o grupo base fizesse um passeio. Convidei as pessoas do grupo base a assistir a uma apresentação, que seria exclusivamente para eles, de dança e teatro da cia que faço parte, a Lamira Artes Cênicas. Pois a Lamira, estava em temporada no teatro municipal com o espetáculo “Olhai por nós”, que tinha o patrocínio da prefeitura de Palmas. Para que os idosos pudessem assistir ao espetáculo, sem espanto ou estranhamento, trabalhei anteriormente com eles o que era artes cênicas e a diferença para o que eles tinham mais acesso comumente: a novela. Essa conversa sobre artes foi importante pois “descobri” que muitos idosos (e até profissionais de saúde) nunca haviam assistido a nenhuma peça de teatro ou dança, a referência artística deles era novela e filme.

Como o espetáculo que eles assistiriam era contemporâneo e com a temática sobre as questões humanas, como é o ser humano em sua essência (um ser com “virtudes” e não virtudes). Discuti portanto, sobre a realidade do que somos e que possuímos atitudes/pensamentos que consideramos bons, mas também temos momentos/atitudes/ações que não nos orgulhamos muito. O objetivo da conversa era reconhecer individualmente que somos seres que temos algo que nos aproxima, a busca em sermos melhores, em crermos em algo/algum/alguma coisa que nos impulsiona para aquilo que acreditamos ser o melhor caminho.

A conversa antes da apresentação, bem como o passeio em si e as demais ações realizadas ao longo da pesquisa, foram importantes para nos aproximar (eu-pessoas do grupos base; eu-profissionais de saúde; e entre eles para consigo). As ações que ocorreram fora dos encontros científico-metodológico executados, foram importantes para atingir o objetivo de construir a relação de confiança, respeito e carinho.

No passeio para assistir a apresentação artística (novembro de 2015), na qual eu estava em cena como artista, estavam presentes além das pessoas do grupo base, os agentes comunitários, o médico (que levou até a família) e também os estudantes residentes. Então pude perceber o envolvimento de todos para com a proposta não apenas do passeio em si, mas da proposta abraçada por nós, e ao objetivo de proporcionar para nós (eu, a comunidade, profissionais) algo capaz de “incentivar” o viver, o estar e o fazer em grupo. Nesse momento percebi que havia passado a ser parte daquele grupo. O médico chegou a fazer várias viagens, no carro particular dele, para levar os idosos do local onde ocorria os encontros do grupos base, para o teatro municipal. Após a apresentação tivemos um bate-papo com todos, e muitas sessões de fotos. Para muitos idosos, foi a primeira vez que eles foram à um teatro, muitos nunca tinham entrado no teatro municipal da cidade e nem nunca tinham visto dança e teatro.

Enfim, foram muitos os momentos que procuramos agir humanamente, afim de que pudéssemos desenvolver uma relação de confiança e compartilhar saberes para a construção de algo comum, o vídeo artístico e educativo. A fim de que essa ferramenta pudesse melhorar a realidade da hipertensão na vida dessas pessoas e na sua comunidade. Ao longo do período de mais de 12 meses conseguimos avançar na construção de uma relação transformadora para todos e na construção de um material educativo de acordo com os princípios da educação popular em saúde e dos princípios metodológicos da educação libertadora e que correspondesse aos desejos e anseios das pessoas atendidas no

grupo base. De modo a incluir efetivamente várias vozes, muitos saberes, muitas vontades e grandes incertezas. Houve a oportunidade de viver e de construir!

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade da educação em saúde por meio de uma intervenção audiovisual comparada com a estratégia usual, palestra educativa.

2.1.1 Objetivos Específicos

1. Conhecer as informações básicas que a comunidade base do estudo (Grupo Base), Centro de Saúde da Comunidade (CSC) da 403 Sul deseja adquirir em relação ao uso correto e seguro de medicamentos;
2. Construir junto ao Grupo Base, o diagnóstico de causas que levam as pessoas a não controlarem suas doenças crônicas;
3. Verificar com a comunidade quais informações desejam saber em relação à alguma doença(s) crônica(s), qual(is) medicamento(s) ou planta(s) e qual(is) informação(ões) a comunidade tem interesse que faça parte do vídeo;
4. Definir o tema, objetivos, conceitos básicos e procedimentos de utilização correta e segura de medicamentos à serem apresentados pelo vídeo e palestra;
5. Construir um vídeo/filme, a partir das informações coletadas na comunidade, o qual terá como objetivo a disponibilidade de informações que atendam os anseios da comunidade;
6. Validar o conteúdo e as características do vídeo com juízes e comunidade;
7. Comparar a aprendizagem em relação aos objetivos de saúde repassados pelo vídeo ou palestra entre os grupos: Controle e Intervenção.

2.2. HIPÓTESE

- I. Há diferença no aumento de conhecimento em saúde entre uma abordagem padrão realizada por meio de uma palestra e uma realizada por meio da assistência a um vídeo artístico e educativo.

3 REVISÃO DA BASE TEÓRICA

3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRICO E CONCEITOS

A construção do sistema de serviços de saúde democrático, respeitando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, constitui um processo social e político que se realiza pela formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, no cotidiano dos serviços de saúde (ALVES, 2005). No intuito de contribuir para o fortalecimento e a execução dos propósitos da SUS (Sistema Único de Saúde) é fundamental a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico no País para a reforma política que adequasse à nova proposta de saúde.

Em relação aos enfoques educativos, o conceito de educação em saúde transformou-se profundamente nos últimos anos. Passando da reflexão crítica das tendências clássicas, para a incorporação de aportes do campo da sociologia das organizações, a análise institucional e a perspectiva da educação de adultos, particularmente em situações de trabalho (BRASIL, 2009; ALVES, 2005).

Em 1977, durante Reunião dos Ministros das Américas, discutiu-se o conceito de participação comunitária como instrumento para ampliar os serviços de saúde. No qual a proposta seria de diálogo permanente entre pessoal da saúde e a comunidade. A participação deveria ter algumas características tais como: ser ativa, consciente, responsável, deliberada, organizada e contínua (CANDEIAS, 1989). A participação comunitária surge como possibilidade de mudança e de reorientação ao discurso biologicista no qual a culpabilização do indivíduo pela doença, sem a observância do contexto social, urbano, relações de trabalho e condições de vida do mesmo (ALVES, 2005).

Segundo apresenta Candeias (1989), para ampliar a participação comunitária seria necessário implementar três condições: 1- ter políticas de saúde favoráveis a participação popular nos programas de saúde. Com finalidade de apoiar e dar condições para que a comunidade tivesse acesso aos recursos humanos, materiais e financeiros; 2 – existir coordenação intersetorial, para que os grupos pudessem identificar necessidades, soluções e problemas; 3 – fortalecer a relação sistema de saúde e comunidade.

Durante o período do regime militar a Educação em Saúde sofreu limitações de ação, sendo observado a expansão dos serviços médicos privados, e a medicina curativa. Em contra partida, esse regime despertou uma resistência e insatisfação popular que,

segundo Alves (2005), precipitou na organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares. Em 1978 ocorre a 1ª Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde, no qual os países reconhecem o direito e a responsabilidade dos indivíduos em planejar e implementar seus serviços de saúde. Logo a educação e as condições para prevenir ou controlar os problemas de saúde passa a constituir primeiro dos oitos elementos essenciais a Assistência Primária a Saúde (APS) (CANDEIAS, 1989).

Em 1980, durante as Discussões Técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os Ministros da Saúde da Região das Américas reconhecem que devem aceitar e propor novas estratégias para integrar a educação em saúde e a participação comunitária na APS. Essas recomendações foram baseadas em estudos nos países da região e verificou-se que em alguns deles utilizavam-se métodos tradicionais e passivos de educação e em outros, uma participação mais ativa da comunidade com estratégias ligadas ao teatro, dança, canções e feiras dinâmicas. O estudo mencionou a existência de fatores que sustentavam a educação comunitária: políticas e normas par trabalhar com a comunidade, apoio das equipes de saúde, resolução concreta de problemas locais, manutenção do pessoal de saúde em programas e respeito pelo sistema de organização da comunidade. Bem como fatores que influenciavam negativamente: enfoque curativo em detrimento à prevenção, visão médico-sanitarista, falta de integração entre equipes de saúde e comunidades, credibilidade dos profissionais de saúde para trabalhar conjuntamente com comunidade, falta de pessoal qualificado para o trabalho de educação em saúde (CANDEIAS, 1989).

Em 1982 a Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Comissão Técnica de Novos Enfoques da Educação Assistencial Primária da Saúde, recomenda que tanto profissionais quanto comunidades passem a serem professores e educadores. Cabendo a cada parte ensinar sobre sua “cultura da saúde”, crença e modos de atuação (CANDEIAS, 1989).

EM 1983, a OMS, durante as Discussões Técnicas da Assembleia Mundial, enfatiza-se a necessidade de uma mudança na educação em saúde a qual adota o termo envolvimento comunitário e não mais participação comunitária. Visto que é necessário a participação ativa da comunidade, de modo a criar mecanismos que envolvam os indivíduos e os torne responsáveis por suas decisões e habilidade de desenvolver atividades conjuntas com os profissionais. Essa mudança correspondia a promover ações comunitárias que pudessem ser alcançadas em seus contextos locais. (CANDEIAS, 1989)

O processo de orientação a respeito do conceito de Educação em Saúde e participação comunitária tiveram seus princípios com pouco alcance na operacionalização da prática pelos profissionais de saúde para que se tornasse efetiva a participação comunitária (CANDEIAS, 1989) . Como exemplo a autora cita a Reunião Internacional para Promoção da Saúde ocorrida em 1986, que resultou na Carta de Ottawa. Para a autora esse documento refere-se a um conceito de saúde pública e embora enfatize o fortalecimento da ação comunitária, falta-lhe referir-se à Educação em Saúde. A Carta de Ottawa fornece princípios genéricos para orientação técnica, não incluindo responsabilidades do setor saúde e sua aplicação para a América Latina não é suficiente, visto que nesses países não basta habilitar a comunidade para que esses indivíduos deixem de precisar do sistema de saúde.

Verifica-se que nesse período valorizava-se a existência de campanhas educativas contra doenças específicas, de acordo com o *programa da ocasião ou epidemia em pauta*, alocando recursos humanos e financeiros para utilização exclusivas em meios de comunicação de massa e deslocamento das equipes e profissionais de saúde para essas ações pontuais e desmembradas da programação ou, em alguns casos, da própria realidade prioritária da comunidade; favorecendo a geração de problemas e desajustes, à quem se propõem a fazer educação em saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; CANDEIAS, 1989). Além de favorecer, esse processo, *a relação utilitarista com a população, no sentido de conduzir a massa para garantir a sua mobilização na campanha* e a paralização da atividades dos profissionais que se veem sem tempo para as ações em andamento e as ações para desenvolvimento de um trabalho mais estruturador (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 264).

O fato de pessoas acreditarem que os programas de educação em saúde se limitam à produção e distribuição de material escrito e/ou audiovisual, sem comprometer-se à busca pelo entendimento de que a mudança de comportamento ou alteração de práticas tradicionais pelos indivíduos, ocorre pela relação dialógica, construída na relação, no entendimento e na busca por soluções em conjunto. A apreensão do saber instituído, por si, não gera alteração de comportamento dos indivíduos para com suas práticas (GAZINELLI, 2005; UCHOA et al., 2000; CANDEIAS, 1989). Um vez que ações verticalizadas e em massa, não permitem que os indivíduos tenham a possibilidade de expressar opinião à respeito do comportamento proposto ou de expressar como percebem seus problemas de saúde, quais suas prioridades e soluções. Bem como, essas ações em massa geralmente não podem fornecer informações sobre o que os indivíduos, alvo da campanha,

compreenderam da mensagem e o que de fato pode ser facilitador de comportamentos desejáveis. Deste modo, reconhece-se que a Educação em Saúde exige metodologias, as quais devem estar de acordo com as peculiaridades do ambiente e da população alvo (CANDEIAS, 1989).

3.1.1 Diferenças entre Educação em Saúde e Promoção da Saúde

Nos países em desenvolvimento nota-se confusão entre os termos Educação em Saúde e Promoção em Saúde, para tanto, Candeias (1997) nos aponta que ambos os termos referem-se a ações que procuram promover níveis melhores de saúde da população em foco. Para a autora, a Educação em Saúde difere da Promoção em Saúde quanto a natureza técnico científica: qual o objetivo da atuação do profissional; se individual ou organizacional, para a saúde. Sendo limitada pelo cargo e função que o profissional da saúde desempenha na saúde ou instituição. Portanto, é mister definir os conceitos com clareza e fixar os limites do campo de análise para discutir filosofias de trabalho de interesse para a teoria e a prática da saúde pública.

Entende-se por Educação em Saúde *quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde* (CANDEIAS, 1997, p.210). Enquanto que define-se Promoção em saúde *como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde* (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Assim sendo, percebe-se que a Promoção da Saúde abrange circunstâncias, natureza técnico-científica da atividade e determinantes mais amplos que a educação em saúde. Uma vez que, a promoção em saúde inclui combinações (necessidade de mesclar múltiplos determinantes da saúde: genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. Sendo que, os apoios Educacionais, refere-se a Educação em Saúde, em si, e Ambientais (circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano e demais políticas de ação relacionadas à saúde) que compõem uma teia de interações complexas constituídas por normas, cultura, padrões e ambientes socioeconômicos associados com o significado histórico mais amplo do que se convencionou denominar “estilo de vida” (CANDEIAS, 1997).

3.2 SERVIÇOS FARMACÊUTICOS: POLÍTICAS NACIONAIS

3.2.1 Desenvolvimento dos Serviços Farmacêuticos no Brasil

Concomitante ao processo de conceituação de Educação em Saúde, tem-se no final da década de 1980 a implantação do SUS, baseada nos critérios de integralidade, igualdade de acesso e gestão democrática. Bem como extinção da Central de Medicamentos (CEME) e institucionalização da política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998, no qual se inicia a reorganização e o fortalecimento da Assistência Farmacêutica (FREITAS; PEREIRA, 2008; OPAS/OMS, 2012). Em 2004 o conceito foi revisado e incorporado à então, Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A política se inseriu no sistema de saúde descentralizado, com um dos seus pilares a profissionalização dos serviços farmacêuticos dentro do SUS, com financiamento tripartite incluindo recursos para aquisição de medicamentos e um componente de qualificação dos serviços farmacêuticos e o desenvolvimento de iniciativas de capacitação de profissionais, criação do sistema de informação (HORUS) e sua integração a Estratégia Saúde da Família (ESF), entre outras (OPAS/OMS, 2012).

A PNAF é uma política pública que orienta a formulação de políticas setoriais entre as quais se destacam a política de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial e formação de recursos humanos, entre outras. A PNAF é portanto ampla, sendo necessário recursos disponíveis e planejamento adequado para que se opere as etapas do ciclo de: seleção dos medicamentos, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos. Segundo nos apresenta Freitas e Pereira (2008), à análise da Assistência Farmacêutica é possível distinguir duas áreas: a) tecnologia da gestão, cujo objetivo é garantir abastecimento e acesso aos medicamentos e b) tecnologia do uso de medicamentos, cujo objetivo é uso correto e efetivo dos medicamentos. Ao que se refere a tecnologia do uso de medicamentos, processo de atendimento representado pela relação direta entre farmacêutico e o usuário de medicamentos, é enfatizada como atividade importante e considerada ainda insipiente no País (FREITAS; PEREIRA, 2008).

3.2.2 Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica

No contexto de evolução das políticas e dos conceitos de saúde que sejam condizentes com os princípios de integralidade e igualdade proposto pelo SUS, bem como

para o favorecimento do uso correto e seguro de medicamentos define-se o termo e oficializa no Brasil a Atenção Farmacêutica, a partir de discussões lideradas pela OPAS/OMS no Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica em 2002 (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002).

Além do conceito de Atenção Farmacêutica foram definidos pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica os macro componentes da prática profissional para o exercício da mesma, sendo: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002). Decorrido o histórico e os conceitos apresentados até o momento, cabe destacar as diferentes orientações e amplitudes no âmbito de atuação dos serviços farmacêuticos, primeiro tendo como finalidade o medicamento, depois o medicamento como insumo de saúde e finalmente o medicamento para melhoria da qualidade de vida (OPAS/OMS, 2012).

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os enfoques educativos transformaram-se profundamente nos últimos anos, desenvolvidas tanto por experiências concretas como em formulações teóricas desde o começo da década de 70 (BRASIL, 2009, VASCONCELOS, 2001). No campo da educação em saúde temos no Brasil a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no ano de 2007. No qual, nota-se a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS (BRASIL, 2007).

A PNEPS tem como objetivo considerar *as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacitação já instalada de oferta de ações formais de educação em saúde* (BRASIL, 2007). No campo dos sistemas de saúde, os debates sobre educação, levaram a contrastar os paradigmas da “Educação Continuada” e “Educação Permanente”. No qual a última, apresenta mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços. Além de modificar as estratégias educativas, incluir os indivíduos como atores reflexivos, ampliar os espaços de atuação, aproximar o mundo das

práticas dos contextos de ação educativa, evitando fragmentação e incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações (FALKENBERG et al., 2014; BRASIL, 2009).

A Educação Permanente em saúde seria uma estratégia importante para recompor as práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social, estabelecendo relações intersetoriais oficiais e regulares com o setor educação e na educação universitária e técnica à necessidade e direitos de saúde da população e da universalidade, equidade das ações e dos serviços de saúde (FALKENBERG et al., 2014; CECCIM, 2008, p. 164).

Para Ceccim, 2008, a política de formação pode ser uma ação organizada na direção de alcançar as concepções da gestão do sistema de saúde, mas também demarcar uma relação com a população, enquanto cidadãos de direito, fortalecendo sua participação popular e valorização dos saberes locais. Todos os envolvidos devem deixar de ser o sujeito mantenedor do modelo hegemônico, da prática instituída, do ser previsível; para ser ativo, ser de formação e de trabalho, produzindo o que é permanente no momento em que se vive.

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sujeitos (assujeitados pelo modelo hegemônico e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser *produção de subjetividade*: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades (gradis) de comportamento ou de gestão de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixa em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora. (...) O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais. (CECCIM, 2008).

3.3.1 Hiato entre a Teoria e a Prática

O desenvolvimento e a reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas no campo da Educação em Saúde pode ser observada desde o início da década de 70, conforme contribuição de muitos autores ao tema em questão (DAVINI, 2009; CECCIM, 2008; ALVES, 2005; GAZZINELLI, 2005). No entanto, estes autores enfatizam que as reflexões não são traduzidas em intervenções educativas concretas. O

ritmo de desenvolvimento dos métodos e estratégias dos modelos teóricos oriundos da psicologia comportamental, da antropologia da saúde e das ciências sociais contemporâneas não se desenvolvem no mesmo ritmo que sua prática nos serviços de saúde. Havendo portanto um profundo hiato entre teoria e prática (FALKENBERG et al., 2014; GAZINELLI et al., 2005).

Para autores como Gazzinelli et al, (2005), e Albuquerque e Stotz, (2004), a dificuldade de transposição se mantém pela prática e manutenção do modelo hegemônico da verticalidade dos profissionais de saúde em suas relações para com os indivíduos. No qual se preconiza, nesse momento, a adoção de comportamentos e práticas coletivas pela comunicação em massa (ex.: parar de fumar, fazer atividade física, entre outras), cabendo aos indivíduos a responsabilidade de colocar em prática as informações e comportamentos preconizados. A ação vertical das relações estabelece os usuários como “sujeitos” que passam a defender interesses dominantes (mais medicalização, mais convênios de saúde, mais tecnologias modernas, mais equipamentos avançados), construindo assim uma nova subordinação (GAZINELLI, 2005; SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

A verticalização e os princípio de educação em saúde, pelos profissionais e organizações, parte do entendimento que a população carente (analfabeta, sem educação) precisa aprender um saber instituído, pelas instituições e profissionais de saúde. Portanto devem receber medidas corretivas e educativas, para que “mudem” de comportamento; constituindo assim o modelo de Educação Tradicional, normativa, conteúdista e cientificista (GAZINELLI, 2005; SOUZA et al., 2005; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; ALVES, 2005; PEREIRA, 2003).

A manutenção da prática pedagógica no qual se prioriza o modelo de transferência de saber instituído de forma absolutista, coercitiva, normativa e cientificista favorece a ineficácia da educação em provocar mudanças de comportamentos e práticas pelos indivíduos. E, no campo da educação em saúde, “se estabelece o distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde” (GAZINELLI, 2005, p. 202) tendo como resultado a “reprodução de práticas assistencialistas, compartimentalizadas e medicalizantes pelas equipes de saúde” (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004, p. 263).

3.4 AS TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS E A PRÁTICA EDUCATIVA EM SAÚDE

As ações e atividades de Educação em Saúde devem portanto se preocupar com a integralidade no processo educativo, de modo a construir ações contínuas que permitam o

desenvolvimento da autonomia e conscientização junto à comunidade. De modo que as estratégias pedagógicas de ensino para o trabalho da Educação em Saúde não se mantenha de forma tradicional, população como seres passivos, com a culpabilização dos indivíduos pelas doenças e seus problemas de saúde; embora os profissionais saibam dos determinantes sociais da doença e da saúde (FALKENBERG, 2014; VASCONCELOS, 1999; VALLA, 1999).

Portanto é nesse contexto que surge a necessidade da Educação em Saúde, considerar as representações dos sujeitos e suas noções e modos de pensamento, percepção, experiência e busca de soluções. Estas, influenciados por experiências coletivas, fragmentos de teorias científicas e saberes expressos em suas práticas na vida cotidiana (GAZINELLE, 2005, p. 202; SMEKE; OLIVEIRA, 2001). De forma a permitir trocas possíveis com os sujeitos com os quais se relaciona no processo saúde-doença, profissionais de saúde-organizações-usuários.

a vida de qualquer ser vivo, (...), não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas não por isso a anula (CANGUILHEM, apud GAZZINELLI et al., 2005, p. 204).

Portanto diversos autores acreditam que se deve favorecer a autonomia dos sujeitos e compreender que a Educação em Saúde é um campo complexo de representações sociais, históricas, superação da visão cientificista, em favorecimento ao compartilhamento de saberes e de necessidades biológicas, subjetivas e sociais (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; DAVINI, 2009; CECCIM, 2005; ALVES, 2005; PEREIRA, 2003; VALLA, 1999; VASCONCELOS, 1999). Entendendo que os usuários podem contribuir com seu conhecimento, suas representações do adoecer, seu relacionar-se com o social, seu conhecimento sobre si, seu modo de enfrentamento da doença e sua superação (GAZINELLE et al., 2005). Afim de permitir a transformação e o empoderamento do sujeito como atores sociais, agentes responsáveis, e conscientes das causas profundas dos problemas de saúde e das relações sociais que os permeiam. De modo a se sentirem mais preparados para a luta social de forma consistente a resolver ou favorecer as mudanças de vida e de saúde que almejam (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; VALLA, 1999).

De acordo com Pereira (2003), as práticas educativas utilizadas na área da saúde atuam em áreas tanto da formação do profissional quanta da educação em saúde para a população em geral, sendo composta por dois campos de conhecimento humano que

intercedem e são norteadas por um conjunto de representações de homem e de sociedade que se quer efetivar. Deste modo, as concepções das práticas educativas são norteadas pelas tendências pedagógicas, a forma pela qual é compreendida o processo de ensino-aprendizagem (PEREIRA, 2003, p. 1528). Para o Ministério da Educação e Cultura, são dominantes no sistema educacional quatro tipos de tendências pedagógicas: 1- Tradicional; 2 – Renovada; 3 – Tecnicista; 4 – As tendências marcadas por questões sociais e políticas (MEC, 1997).

Cada uma das quatro tendências citadas a cima referem-se, segundo nos apresenta Pereira, 2003, a “forma predominante pela qual se efetua o processo educativo, podendo ocorrer que professores/instrutores podem utilizar processos pedagógicos diferentes e ou haver uma mescla entre eles” (PEREIRA, 2003, p. 1529). A partir dos princípios, metodologias e consequências produzidas ao nível individual e coletivo, prioriza-se a escolha entre uma ou outra tendência pedagógica.

3.5 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Desde década de 1970 o campo de Educação em Saúde tem sido repensado e verifica-se a busca pelo distanciamento do discurso higienista e biologicista para uma ampliação da compreensão do processo saúde-doença. Passando da concepção biologistica para um processo resultante da inter-relação causal entre fatores sociais, econômicos e culturais (ALVES, 2005). Neste contexto, prioriza-se a tendência pedagógica problematizadora, a educação libertadora, em oposição a práticas persuasivas, de transmissão verticalizada de conhecimentos, com autoritarismo entre educador e educando, e a negação da subjetividade nos processos educativos e seu questionamento (FALKENBERG et al., 2014; PEREIRA, 2003).

Para tanto, o Ministério da Saúde apresenta em seu caderno de Educação Popular em Saúde que a Educação Popular é uma estratégia política e metodológica que trabalha na perspectiva da integralidade de saberes e práticas sendo capaz de proporcionar uma aproximação entre os princípios fundamentais do SUS e a construção da autonomia emancipação dos grupos populacionais historicamente excluídos em seu modo de entender a vida, seus saberes e oportunidade de participar da sociedade brasileira (FALKENBERG, 2014; PEKELMAN, 2007; BRASIL, 2007).

Segundo nos apresenta Vasconcelos (2001), no setor saúde, a Educação popular passou a se constituir “não como uma atividade a mais entre tantas outras, mas como um

instrumento de reorientação da globalidade de suas práticas, na medida que dinamiza, desobstrui e fortalece a relação com a população e seus movimentos organizados” (VASCONCELOS, 2001, p. 123).

Deste modo,

[...] torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais. Nesse sentido apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos merecem (BRASIL, 2007).

Priorizando assim, as práticas de Educação Popular em Saúde, como metodologia à proporcionar a autonomia dos sujeitos, sua formação político-social e sua posição de sujeito ativo de seu aprendizado. Bem como a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo, exigindo assim uma correlação direta entre a ação e a reflexão sobre a realidade, como proposto por Paulo Freire (FALKENBERG, 2014; SOUZA et al., 2005; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; PEREIRA, 2003; VASCONCELOS, 2001; FREIRE, 1982).

3.6 METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: PAULO FREIRE

A construção de uma “consciência crítica requer curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo que reconhece a realidade como mutável” (MITRE et al., 2008, p. 2134).

Portanto,

as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem vem sendo construídas no sentido de favorecer a formação de profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para questões da vida da sociedade, capacitando-os a intervirem em contextos de incertezas e complexidades” (MITRE et al., 2008, p. 2135).

Assim sendo, as metodologias ativas estão alicerçadas na problematização para que os envolvidos no processo possam refletir, examinar, relacionar com sua vida para ressignificar suas descobertas e buscar soluções. Além de desenvolver nos sujeitos sociais sua autonomia (FALKENBERG et al., 2014; MITRE et al., 2008; SOUZA et al., 2005; PEREIRA, 2003; FREIRE, 1987).

Sendo a saúde dinâmica, é preciso compreender a necessidade de mudanças, aquisição, reformulação ou construção de novas ferramentas para atingir o objetivo de melhoria de vida das pessoas, dos meios de conscientização em saúde por parte dos sujeitos e dos profissionais que se relacionam com pessoas, estes que não fazem parte do meio técnico-científico.

No processo de ensino aprendizagem sobre conceitos de saúde e uso correto e seguro de medicamentos, objeto de interesse da pesquisa, será utilizado os princípios e a filosofia apresentada por Paulo Freire. Entendendo aqui, que deseja-se construir através do diálogo entre pesquisador e indivíduos da comunidade um processo de educação dialógica sobre o uso de medicamentos e conhecimentos em saúde versus o processo depositário de conhecimento antidialógico, tradicional e bancário.

3.6.1 A Pedagogia Libertadora: Problematização da Realidade

O projeto não se insere na área pedagógica, mas utilizará como base o “Método Paulo Freire” para a construção da Intervenção Artística junto a comunidade atendida na pesquisa (Grupo Base) para posterior aplicação da Intervenção Artística ao Grupo Controle e Intervenção. Compreendendo que a aprendizagem é uma relação que não pode ser rompida entre o conteúdo que se pretende ensinar e a experiência e o contexto social e cultural. O contexto Social e Cultural tem que ver com a identidade cultural, com os anseios e os medos do educando. A alfabetização é uma experiência criadora, o educador tem que criar, montar a produção da sua criação auxiliado pelo educador. Torna-se capaz, um sujeito que cria seu próprio aprendizado. (FREIRE, 2015)

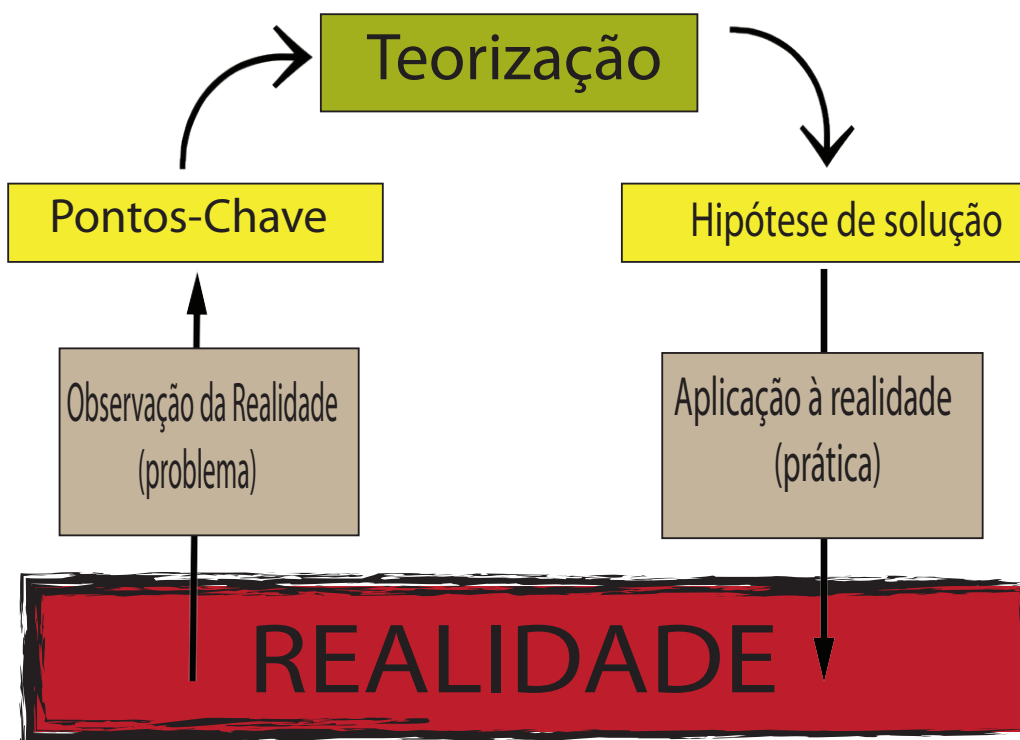
Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. Quem ensina aprende a ensinar e quem aprende ensina ao aprender. (FREIRE, 2012).

Segundo nos apresenta Ana Maria Freire, esposa de Paulo Freire, na biografia sobre o marido, as atividades de alfabetização exigem a pesquisa do "universo vocabular

mínimo" entre os alfabetizandos. É trabalhando este universo que se escolhem as palavras que farão parte do programa. As chamadas "palavras geradoras", devem ser palavras de grande riqueza fonêmica e colocadas, necessariamente, em ordem crescente das menores para as maiores dificuldades fonéticas, lidas dentro do contexto mais amplo da vida dos alfabetizandos e da linguagem local, que por isso mesmo é também nacional. A partir deste método será feita as adaptações necessárias para que a construção da intervenção artística acompanhe este modelo. Realizando pequenos ajustes, uma vez que, o objetivo aqui é o ensino em temas de interesse e dúvida apresentadas pela comunidade, pertencente ao que denominamos Grupo Base, sobre o uso correto de medicamentos e conceitos básicos em saúde; e não a alfabetização.

Segundo Paulo Freire, a aprendizagem não decorre da imposição ou memorização, mas sim do nível crítico de conhecimento que se deseja alcançar, por meio do processo de “aprender” e ter conhecimento da realidade que se vive, reflexão e crítica (MITRE, 2008; PEREIRA, 2003; FREIRE, 1987). Para as autoras: Mitre et al., 2008 e Pereira, 2003 em seus respectivos artigos sobre metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação de profissionais em saúde; e as tendências e práticas educativas nas ciências da saúde, o autor Bordenave (1999) apresenta o diagrama (Figura 01- Diagrama representando o Método do Arco de Maguerez) criado por Charles Maguerez e denominado Método do Arco referente ao processo ensino-aprendizado da pedagogia libertadora de Paulo Freire.

Figura 01 - Diagrama representando o Método do Arco de Maguerez



De acordo com Mitre, 2008, e Pereira, 2003, observamos no diagrama acima, o processo de ensino-aprendizagem, que se processa em etapas. No qual, em um primeiro momento, o estudante/aluno/sujeito/indivíduo observam a realidade, ainda de maneira “ingênua” por efetuarem uma primeira leitura do “problema”. Na segunda fase os estudantes/alunos/sujeitos/indivíduos separam dessa observação inicial o que verdadeiramente importa, identificando os pontos chave do problema ou questão e as variáveis mais determinantes da situação.

No terceiro momento os estudantes/alunos/sujeitos/indivíduos passam à teorizar o problema. Eles se perguntam o porquê das coisas observadas. Portanto favorece as ocorrência de operações analíticas da inteligência, que promove o crescimento mental. Já que os estudantes/alunos/sujeitos/indivíduos recorrem ao conhecimento científico para teoriza o cotidiano e entender o “problema” em sua manifestação empírica e situacional, mas também os princípio teóricos que o explicam. Neste momento o estudante/aluno/sujeito/indivíduo se vê motivado a formular uma hipótese de solução para o problema em estudo, de modo que o aluno aprende com a realidade ao passo que prepara para transformá-la.

Na última fase, os estudantes/alunos/sujeitos/indivíduos praticam e fixam as soluções encontradas. Aprendem a generalizar o aprendido e a discriminar em que situação é ou não conveniente a aplicação.

3.6.1.2 O Diálogo como Construção Coletiva da Transformação Social na Saúde

A obra teórica de Paulo Freire e a reflexão sobre sua prática, tem servido para fundamento teórico de trabalhos acadêmicos e inspirado práticas em diversas partes do mundo, desde os mocambos do Recife às comunidades Barakumins do Japão, passando pelas mais consagradas instituições educacionais do Brasil e do exterior (ANA MARIA FREIRE, 1996). Para Pereira, 2003, a pedagogia libertadora de Paulo Freire tem sido apontado como uma importante contribuição para a promoção da saúde, especificamente para a educação em saúde, como pode ser observado nos trabalho de Kickbusch (2001), McQuiston et al. (2001), Nutbeam (2000), Wang (2000) (PEREIRA, 2003, p. 1533)

Para Paulo Freire a educação é o resgate da cultura popular, da voz e do posicionamento político de inclusão do sujeito social. E dentro desse processo pode-se utilizar meios e modos próximos da comunidade a que se pretende ensinar. A promoção da saúde se ramifica na educação em saúde, como elemento essencial para profissionais de saúde que estejam capacitados e motivados a elaborar estratégias que busquem engajar a promoção da saúde na sua assistência. As críticas ao modelo de educação em saúde, herdadas das ciências biomédicas, apontam para o caráter superficial e autoritário de muitas intervenções, incitando a busca por novas práticas que reconheçam a importância das diversas vozes envolvidas na produção e consumo de materiais educativos no campo da saúde pública (MONTEIRO; VARGAS, 2006)

Em trabalhos apresentados pelo Núcleo de Trabalhos Comunitários da PUC/SP, no qual utilizou-se o lúdico (construção comunitária de uma Brinquedoteca, após o término do projeto do ônibus brinquedo) como meio para o desenvolvimento das crianças da comunidade local, a pedagogia de Paulo Freire teve aceitação, repercussão positiva e transformação da realidade local. Portanto, assume-se aqui a construção dialógica com os indivíduos da comunidade, a partir da realidade do educando, para que haja a transformação crítica e reflexiva do mundo onde se vive. Para que, segundo Paulo Freire, se ensine a “querer ser” e a não desanimar. A ludicidade, o significado, o sentido, e o significante do brinquedo, do brincar, da brincadeira para o desenvolvimento do ser são também meios de importância e devem ser utilizados para transformar a realidade e educar. (GRACIANI, 2015)

3.7 PERSPECTIVAS DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE E O LÚDICO

A presente pesquisa aborda o uso da Ludicidade como instrumento para facilitar o aprendizado em noções básicas de saúde, no que se refere a utilização correta e segura de medicamentos e o entendimento e cuidados da própria saúde. Vários estudos afirmam que o lúdico exerce melhora na saúde; facilita às crianças e seus cuidadores a utilizarem seus medicamentos; diminui o stress da hospitalização infantil; contribui para a humanização no tratamento, no ambiente de saúde e a resposta ao tratamento (ARAÚJO e GUIMARÃES, 2009; MOTA e ENUMO, 2002; OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2008). Estes estudos demonstram que tanto os palhaços, os jogos, o brincar, quanto as brincadeiras, as brinquedotecas e recursos visuais causam uma resposta positiva para os hospitalizados, sendo eles crianças em tratamento oncológico, idosos, portadores de doenças crônicas e ou terminais. Segundo Oliveira e Oliveira (2008), os “palhaços atuam como agentes facilitadores, atentando para o fato de que brincadeiras e brinquedos constituem recursos que podem e devem ser utilizados no contexto hospitalar, acarretando novos significados ao cuidar”. Para Masetti, 2005, a humanização é uma prática necessária para a vida das pessoas, para a relação humana e para o entendimento da complexidade das coisas do ser e dos fatos em saúde. Para a autora, a medicina, em seu movimento de capitalização, está se afastando desse sentir, ameaçando as pessoas à medida que essa riqueza cultural é privatizada e inserida numa lógica econômico-mercadológica.

3.7.1 Procura pelo Cuidado do SER

A inserção do brincar e do lúdico, em hospitais, motivou estudos sobre a humanização hospitalar, sendo que seus resultados indicam sua aplicação terapêutica às crianças por trazerem diminuição de estresse, segurança (LINDQUIST, 1993) ou alegria ao ambiente, bem como amenizando as sensações desagradáveis da hospitalização, humanizando o contexto hospitalar (MASETTI, 1997; FRANÇANI et, 1998). Outros estudos relacionam o brincar e as brincadeiras como ferramentas de suporte para estimular o desenvolvimento infantil e a aprendizagem escolar. Cordazzo e Vieira (2007) relatam que os resultados de pesquisas sobre o brincar e os processos de aprendizagem e desenvolvimento oferecem aos profissionais da saúde e da educação a oportunidade de reverem e, se necessário, reestruturarem seus planos de trabalho para deixá-los mais atrativos e eficazes no trabalho com crianças. Outros autores referem que se percebe que os

profissionais de saúde estão preparados para lidar com padrões considerados “de normalidade e anormalidade, mas tem dificuldade em promover a saúde das pessoas” (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008, p. 2). Portanto, os profissionais devem ter e ou buscar uma compreensão do ser humano, que se encontra doente, bem como de seus desejos, necessidades, medos e capacidades, de modo a atuar no indivíduo, na sua *essência saudável*, na sua saúde e não na sua doença e ou parte do corpo afetada, destacando-se que os profissionais de saúde devem deslocar o foco de atenção da doença para a saúde. Deve-se valorizar o bom e, por meio dele, recuperar e/ou auxiliar para que o ser doente tenha condições psicológicas, mentais e sociais de enfrentamento da doença e da situação em que se encontra; confluindo para que a assistência prestada seja mais eficiente.

De acordo com Masetti (2005) existe um aumento pela procura de terapias alternativas (acupuntura, cromoterapia, arteterapia, musicoterapia), provavelmente como resposta a um questionamento da medicina oficial. “Um momento de ambiguidades, em que convive o modelo médico capitalista americano implantado em hospitais hotéis (ou serão hotéis-hospital?) e os hospitais públicos” (MASETTI, 2005, p. 457).

De acordo com os autores apresentados acima, nota-se que, em hospitais o lúdico proporciona uma melhora na saúde do paciente (redução de stress, medo, ansiedade, aceitação da hospitalização, aceitabilidade para receber e seguir o tratamento farmacoterapêutico). Uma pergunta surge desse contexto: como seriam os resultados na atenção básica no que se refere ao aprendizado de questões básicas em saúde, relacionado a administração e seguimento do tratamento farmacológico utilizando-se estratégias envolvendo o lúdico? Se pretende, ao final da pesquisa, responder se a utilização do Lúdico no repasse de informações básicas em saúde será capaz de proporcionar melhor compreensão, por parte dos usuários atendidos, das questões relacionadas ao como cuidar de si, como fazer o uso correto de medicamentos, como cuidar melhor da sua saúde e de compreender/entender melhor seu problema de saúde.

3.7.2 Caminhos para melhores resultados em Saúde

Os resultados dos programas e projetos de saúde existentes no País estão condicionados, à resposta do usuário, a qual é permeada por seus hábitos, costumes e por seu padrão de comportamento, via o que o mesmo considera certo ou errado. Isto é particularmente importante no caso dos processos de utilização de medicamentos por ser efetivado – a utilização do medicamento – nas suas residências, em um ambiente fora do

controle dos agentes e profissionais de saúde. No ambiente usual do usuário, o mesmo, age conforme suas convicções e certezas.

A utilização de medicamentos é um processo complexo com múltiplos determinantes e envolve diferentes atores. As diretrizes farmacoterápicas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, **é importante ressaltar que a prescrição e o uso de medicamentos são influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política** (FAUS, 2000; PERINI et. al, 1999, grifo nosso).

O uso de tratamentos alternativos para melhoria da resposta do usuário frente a um problema de saúde tem sido investigada pelas mais diversas áreas, e o campo da Educação em Saúde, deve reconhecer estas alternativas como um recurso, entre outros, utilizados pelos usuários e deste modo buscar estabelecer acordos e saberes coletivos, de modo que o usuário e a comunidade se beneficie dessa alternativas que melhor se adequam a sua necessidade. “Dessa forma, é preciso que a diversidade cultural dos indivíduos e sociedades seja reconhecida e incorporada não apenas na sua generalidade, mas em ações específicas para mudança de comportamentos” (BANIWA, 2008, p. 72).

3.7.2.1 Conhecimento do Contexto Local da Comunidade para ações em Saúde

De acordo com os resultados apresentados na dissertação de mestrado de GALGANE (2013) discute-se a importância da análise do perfil socioeconômico das populações não apenas para os estudos e conhecimentos dos determinantes sociais em saúde de uma determinada comunidade/localidade. Mas por poderem ser indicadores, tendo em vista que as desigualdades regionais e populacionais são de interesse para a formulação ou reformulação das política de saúde no Brasil, sabendo que o país é de grande extensão e apresenta diferentes realidades socioeconômicas e culturais. Logo, a Política Nacional de Saúde , Lei 8080/1990, deve refletir as intenções em promoção, proteção e acesso a saúde e insumos médicos para essa população nacional tão distinta. Atentando-se para o fato que o âmbito de atuação das políticas se dá em todo território nacional é de grande interesse que se avalie e se conheça as características das populações de modo a propiciar políticas e ações de saúde em consonância e dirigidas as especificidades das populações à que se destina. Os resultados da pesquisa, acima referida, confirmam a importância da consideração do perfil socioeconômico populacional para que

o atendimento e a prestação dos serviços farmacêuticos, nas Farmácias Básicas Municipais, estejam de acordo com as características dessa população (GALGANE, 2013).

Na referida pesquisa, embora 100% dos farmacêuticos tenham dito ter conhecimento da realidade social da população, apenas 14,29% consideraram esse conhecimento durante o atendimento. Os Usuários que utilizaram esse serviço 83,75% pertenciam a classe de baixa renda, com a visão da farmácia como local de entrega de medicamento; 45,45% dos usuários saíam da farmácia sem saber como utilizar os medicamentos e 61,43% relataram não adesão ao tratamento. Esses achados corroboram com resultados encontrados em outras pesquisas de adesão ao tratamento, atenção farmacêutica e uso correto e seguro de medicamento (BARATA DELGADO; LIMA, 2001; SABATÉ, 2003; AGGARWAL, 2010; O'CARROL et al., 2010; ROEBUCK, 2011). O fato de que os indicadores atuais utilizados para avaliação e acompanhamento do sistema de saúde se pautarem no produtivismo numérico (VASCONCELOS, 2001), sendo voltados para número de atendimento e medicamentos dispensados, não são, portanto centradas no usuário (ARAUJO, UETA, FREITAS, 2005; ARAUJO, FREITAS, 2006). Entendendo, portanto, a necessidade de mudanças nos serviços farmacêuticos, prestados as comunidades, de modo que esses sejam voltados para as populações que se destinam, dentro dos princípios de humanização do cuidado, filosofia de prática de atenção farmacêutica e do uso correto e seguro de medicamentos.

A necessidade do conhecimento do contexto local, da realidade da comunidade/usuários atendidos e da inserção do profissional de saúde no contexto da comunidade, bem como a compreensão da importância do trabalho coletivo, dialógico, da convivência e da construção do saber coletivo; são as bases para a construção do processo educativo transformador e duradouro (FREIRE, 1993; DANTAS, 2010).

3.8 A ARTE COMO AÇÃO TRANSFORMADORA

Segundo nos apresenta Dantas (2010) o uso da arte, da cultura popular, do conhecimento técnico e das comunidades na construção de conhecimentos, geram melhores resultados em saúde na população atendida e no entendimento dessa comunidade sobre o processo saúde-doença-tratamento e assim propicia a transformação da realidade local. É imperioso, portanto, pesquisar o lúdico como ferramenta relevante à investigação científica para efetivar resultados positivos no que se refere à Educação em Saúde dos

usuários e assim contribuir efetivamente para a melhoria da vida da população destes municípios.

[...] aprendi duas lições: para que efetivamente possamos dialogar é fundamental compartilhar saberes. O diálogo não ocorre em relações desiguais. Aprendi ainda que o vínculo entre profissional e cidadão constitui-se quando conseguimos ir além da relação técnica, medicalizadora, normativa. (DANTAS, 2010, p. 46).

Espera-se que o uso da intervenção artística para a Educação em Saúde, por meio da ação artística (construção de um vídeo que utiliza técnica cênica e desenho), em atenção básica de saúde constitua-se uma inovação para a prática dos profissionais que se dedicam à Educação em saúde e almejam resultados em saúde que discordem com a prática pedagógica da verticalização do ensino e o pensamento biologista, medicalizado e mercantilizado.

No mundo ocidental contemporâneo o modelo de assistência à saúde é excessivamente medicalizado e mercantilizado, cabendo aos medicamentos um espaço importante no processo saúde/doença, sendo praticamente impossível pensar a prática médica ou a relação médico paciente sem a presença desses produtos (SOARES, 1998). Neste contexto a morbimortalidade relacionada a medicamentos é um grande problema de saúde pública. (EASTON et al, 1998, MALHOTRA et al, 2001).

3.8.1 A Arte no Desafio do Ensino e Aprendizagem

A arte, o jogo, a dança e a brincadeira são manifestações que estão presentes na vida humana desde os primórdios da civilização e cultura. Para o filósofo irlandês Johan Huizinga (1971) o elemento lúdico sempre existiu no processo civilizatório. É essencial para a civilização ultrapassar os limites da atividade puramente física ou biológica, sendo uma função que encerra um sentido social. O jogo é um elemento que para este autor existe antes da própria cultura, de modo que a acompanha e a marca desde as origens até a civilização atual, sendo uma produção sociocultural da sociedade humana. O lúdico é importante e está presente também nos adultos, não apenas nas crianças e esta necessidade lúdica é permanente ao ser e pode ser utilizada para mobilizar novas formas, modos e atitudes na visão do cuidado em saúde.

A necessidade lúdica, o desejo de brincar, o uso do jogo é uma permanente humana. Há transfigurações ampliadoras de sua influência, tornando-a fonte originária das artes, religião, sociedade. O exercício lúdico é a expansão do saldo energético que o homem, ou a criança, não pode aplicar numa atividade produtora. Essa energia, em seu valor cinético, expressa-se no movimento,

incontido, irrefreável, tanto mais impulsivo quanto maior haja sido sua contenção. A disponibilidade lúdica não abandona o homem em toda a sua existência. (CASCUDO, 2004, p.580 Apud COUTO, 2013).

Portanto o Lúdico para Huizinga e Câmara Cascudo é uma potência vitalizadora, que gere e nutre o ser humano a seguir e fazer escolhas. É por meio do jogo que estes autores acreditam que a realidade diversa vai compondo toda a formação e estruturação da identidade humana e que possibilita uma infinita variedade de concepções e transformações. Para estes autores é o jogo que permite a relação entre originalidade e aceitação da tradição, tornando-se uma força propulsora para compor toda a formação e estruturação da identidade humana, suas concepções e transformações. Segundo Couto (2013) o conhecimento científico e filosófico está posterior ao conhecimento original e espontâneo, sendo este último, o ponto de partida para os demais conhecimentos. Segundo a autora é através do jogo que se configura uma totalidade de figuras, símbolos, ou instrumentos necessários para o funcionamento de um conjunto complexo, que exprime a unidade do grupo, na qual oposições internas se exteriorizam e se resolvem.

No entanto, a estruturação e criação da linguagem artística, como atividade expressiva e ação educativa, necessita ter elaboração e planejamento fundamentados em concepções e metodologias de Arte. Para Couto (2013) o processo artístico vem sendo precariamente experimentado na educação, por diversos motivos, entre eles, a falta de valorização e conhecimento da área. Além de adoção de pedagogias arraigadas em concepções de mercado, mídia e princípios manipuladores.

É possível restabelecer a dimensão lúdica da Arte em nossa natureza e cultura, essa totalidade que foi corrompida, destruída a favor de uma sutileza que só será reconquistada através de estímulos que complementem nosso repertório de atividade e jogos, como de uma arte mais elevada, de uma educação que possa conscientizar-nos dessa problemática. Mas que são inspirados na beleza, pelo jogo, pela dança pelas artes [...]. (COUTO, 2013).

Acredita-se que o trabalho proposto contribuirá para diversas áreas de estudo que diretamente ou indiretamente estão envolvidos com a saúde, o bem estar do ser humano, o atendimento entre profissionais de saúde e usuários, e os aspectos culturais e sociais da sociedade. A forma como o ser humano compreende sua doença, a forma como é tratado em sua enfermidade, como é considerado, como é o círculo social onde está inserido reflete no desenvolvimento da saúde do indivíduo, e por consequência no desenvolvimento local e regional. Que em âmbitos federais verifica-se pela efetividade das ações das Políticas

Nacionais em promoverem resultados em saúde e melhoria da saúde da população. Porém, existe hoje uma tendência na vida em sociedade à padronização e mecanização na forma de relacionar-se com o outro (OLIVEIRA; OLIVIERA, 2008). Deste modo, o atendimento pessoal ao enfermo tem perdido força e a importância necessária. Torna-se ainda mais instável com a atual necessidade de atender um número cada vez maior de pessoas e com gasto mínimo de tempo (ARAUJO, UETA, FREITAS, 2005; ARAUJO, FREITAS, 2006). Acrescenta-se, ainda, a crescente industrialização dos medicamentos e a atuação marcante e incisiva do marketing medicamentoso, seja com os profissionais de saúde seja com os indivíduos, favorecendo a alusão a saúde perfeita, à partir do uso de medicamentos, suplementos, vitaminas, entre outros.

Dessa forma, o trabalho propõe uma nova forma de Ensinar e Aprender em Saúde. Propõem-se uma conscientização do sujeito, seu entendimento e aprendizado em noções básicas de saúde e no uso seguro e correto de medicamentos. E de outro lado um profissional da área da saúde com recursos e meios para atingir estes objetivos. A partir dos escritos de José Marcio Barros, 2008, sobre a cultura da mudança, acredita-se que é necessário desenvolver novos meios de ensinar e apreender em saúde. Logo, deve-se desenvolvê-la, abrir-se para o futuro, para o desconhecido, para as novas possibilidades do pensar, do agir, do fazer, da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade. É reconhecer que a sociedade e instituições estão sendo continuamente desafiadas pela história e devem continuamente questionar seus padrões e regras estabelecidas.

A cultura da mudança é, portanto, resultado de uma disponibilidade para o futuro, para o novo, para o desconhecido. Resulta da capacidade de abertura para o mundo. Não se trata da afirmação da ditadura da mudança, do equívoco de se tomar a mudança como sinônimo de excelência. Trata-se sim, de se reconhecer que sociedades e instituições são desafiadas continuamente pela história. (BARROS, 2008)

Tudo isso nos sugere que, se todas as culturas mudam, é preciso ter a capacidade de compreender seus sentidos, seja quando relacionada à sociedade como um todo, seja quando relativa aos sujeitos e instituições. (BARROS, 2008)

3.9 O VÍDEO COMO INSTRUMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A escolha do vídeo como instrumento a ser utilizado, ocorre portanto, por ser um meio de repasse de informação de simples acesso, fácil utilização pelos profissionais de

saúde e comunidades/usuários. Além de ser um recurso que exige pouca estrutura física para utilização, facilidade de dispersão e difusão. Escolhe-se portanto o recurso do áudio visual, em detrimento a outros recursos artístico tais como: peça teatral, espetáculo de dança, espetáculo de bonecos, entre outros.

As estratégias audiovisuais desenvolvem múltiplas atividades perceptivas, solicitando a imaginação e atribuindo significados afetivos ao aprendizado (MORAN, 1995); possuem linguagem sintética que combina sons, imagens, fala e pouco texto. De modo que o vídeo interliga ideias complexas de modo mais compreensível e atinge o público alvo por meio dos sentidos (GOMES, 2008).

Os benefícios da imagem frente ao texto são apresentados por autores que afirmam os ganhos da imagem para a apreensão e guarda na memória frente as palavras (MANGUEL, 2001). Além de psicólogos da percepção serem unânimes em afirmar que as imagens são fonte de informação para o homem e a aprendizagem ocorre em cerca de 80% por estímulos visuais (BOSI, 1993).

Segundo nos apresenta Joventino (2013) em sua tese de construção e validação de vídeo para melhoria da autoeficácia materna para a prevenção da diarreia em seus filhos, seus resultados corroboram com outras pesquisas nas diversas áreas do conhecimento de saúde por meio da utilização de vídeos. Na qual a eficácia do recurso audiovisual na educação em saúde é uma realidade e uma ferramenta útil para a saúde, tais como: construção de vídeo personalizado para melhorar a autoeficácia, reduzir problemas de uso da medicação e melhorar a adesão à medicação de pacientes diabéticos da população americana da zona rural, composta principalmente por africanos (DAVIS et al., 2016); um programa de assistência farmacêutica em paciente asmáticos que utilizou vídeo, como um dos recursos, para qualidade de vida dos pacientes, a técnica inalatória e a taxa de internação, estudo realizado em farmácias comunitárias em Malta (CORDINA, McELNAY, HUGHES; 2001); vídeo para melhorar o uso de medicamentos por pacientes depressivos primários e reforçar a atuação de farmacêuticos comunitários na Holanda (BROOK et al., 2003); construção de um vídeo, sendo um guia “Seu Guia de Medicação” para uso geral e seguro da medicação em adultos hospitalizados ou que tiveram alta, Tennessee (SUPERIOR et al., 2002); vídeo abordando medidas preventivas para esquistossomose em áreas endêmicas (ROZEMBERG, 1998); redução da ansiedade em pacientes mastectomizadas (MEDEIROS; NUNES, 2001); promoção do apego seguro entre mães soropositivas para o vírus da Imunodeficiência adquirida (HIV) e seus filhos

(BARBOSA; BEZERRA, 2011); melhoria do conhecimento de pacientes sobre rastreio do câncer de colo-retal (KATZ et al., 2009).

Acredita-se no papel do farmacêutico como educador e promotor da saúde e uso correto e seguro dos medicamentos e a importância de estarem em contato com a população que faz o uso e tem necessidades desse encontro. Espera-se que o vídeo construído seja uma ferramenta que ultrapasse o processo tradicional de transferência de informações, levando os sujeitos à refletir e adotar hábitos saudáveis. Portanto, fez-se necessário o desenvolvimento de um vídeo artístico e educativo que eleve o entendimento dos indivíduos hipertensos (ou não) sobre essa doença e o uso correto e seguro de medicamentos.

Sendo assim, defende-se a tese: o uso de um vídeo artístico e educativo construído com base na pedagogia libertadora é capaz de elevar o conhecimento de indivíduos sobre hipertensão e o uso correto e seguro de medicamentos.

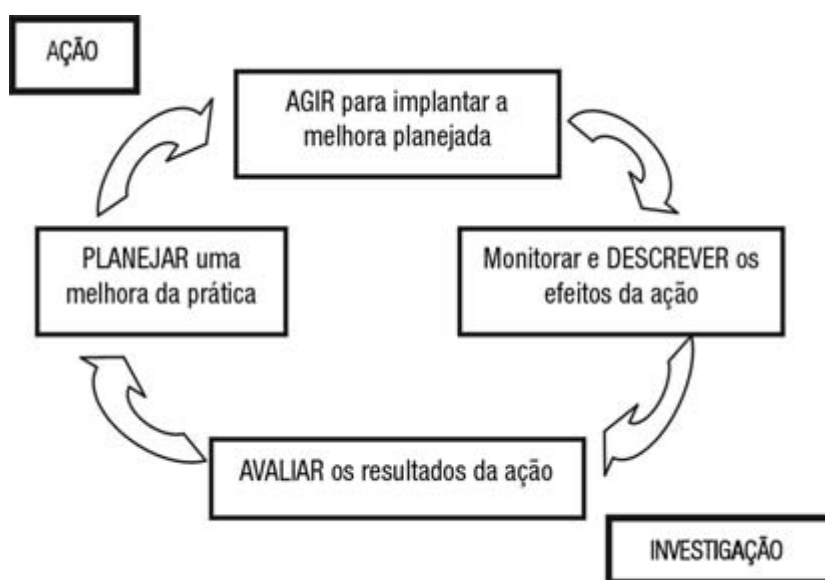
Acredita-se que profissionais de saúde e principalmente farmacêuticos poderão contar com este recurso para ações de educação em saúde de hipertensos e da comunidade em geral. O uso do vídeo pode auxiliar na melhor utilização dos medicamentos pela comunidade, compreensão dos usuário sobre uma das doenças crônicas mas prevalentes no País, reduzir gastos com internações e tratamentos, reduzir o número de morbimortalidades associadas ao uso de medicamentos, reduzir tempo para estratégias de educação em saúde e alcance de um público maior, corroborando com a pesquisa citadas anteriormente de Davis *et al.* (20016).; Brook *et al.* (2003); Superior *et al* (2002); e Cordina, McElnay, Hughes (2001).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo parte do ciclo básico da investigação-ação conforme descrito por David Tripp e que pode ser definido como “um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação” (TRIPP, 2005). A figura 02 representa os passos do ciclo básico da investigação-ação.

Figura 02. Representação em quatro passos do ciclo básico da investigação-ação.



Portanto, o estudo foi desenvolvido em duas fases. A primeira fase – Ação - consistiu na elaboração de Material Educativo Audiovisual a partir da utilização adaptada da pedagogia de Paulo Freire. Em realidade foi um estudo metodológico e de desenvolvimento compreendendo um conjunto de ações de: elaboração, validação e avaliação de um instrumento e técnica de pesquisa que possa ser empregado por outros pesquisadores (POLIT; BECKE; HUNGLER, 2011).

A segunda fase tratou da realização de quasi-experimento, por meio de uma intervenção educacional (vídeo artístico), com medida por pré e pós-teste, com grupo

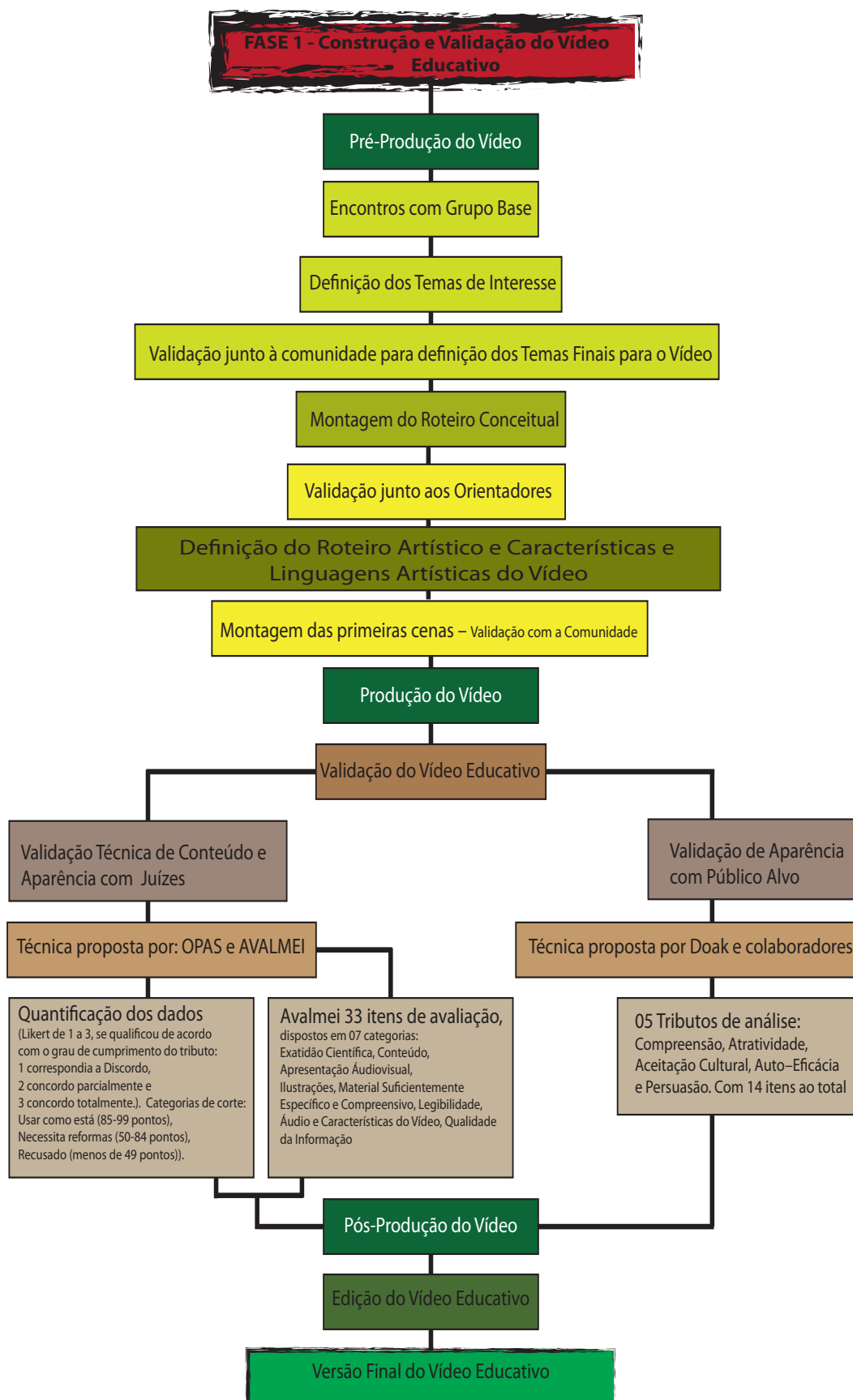
controle não equivalente (SELTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1976). A amostra do Grupo Controle e Intervenção foi realizada por sorteio.

O quasi-experimento é um modelo experimental útil e primoroso quando, por razões práticas, não é possível alocar os participantes aleatoriamente nas situações de tratamento (intervenção) ou porque não seria ético fazer (negar tratamento). Nessas situações o pesquisador não poderá alocar aleatoriamente os participantes da pesquisa, mas mesmo assim, o quasi-experimento constitui um passo lógico para testar situações práticas e reais. Esta pesquisa analisa um problema “real”, onde não é possível manter certas condições altamente controladas como esperado em um laboratório, sendo portanto necessário realizar um quasi-experimento com delineamento de grupo controle não equivalente, tendo pré-teste e pós-teste. Nesse tipo de modelo é possível ter ideia de quão similares são os grupos antes da intervenção e dessa forma analisar os resultados com base nessas informações (BREAKWELL, *et al.*, p. 105, 2010).

A finalização da Fase 1 da pesquisa é completa em si, e fornece o instrumento para a realização da investigação, Fase 2, que é determinada por esta. Para tanto, a metodologia procurou estabelecer uma conexão entre o quadro teórico utilizado e seus objetivos, combinando-se métodos quantitativos e qualitativos (MINAYO, 2011; MORSE, 1995).

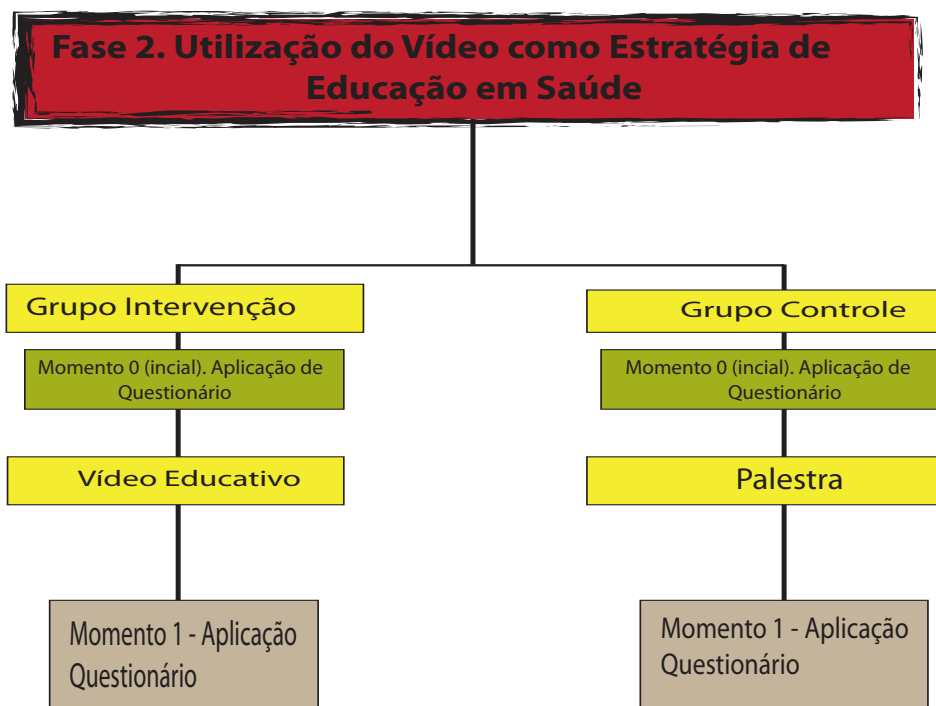
Os fluxogramas subsequentes representam as duas fases da pesquisa e o fluxo dos passos utilizados para a realização das mesmas. O fluxograma 1 representa as etapas para a execução da Fase 1, de modo sucinto, pois as Etapas de Pré-Produção (Definição do Roteiro Conceitual; Roteiro Artístico; e Linguagem e Características Artísticas do Vídeo), Produção (Validação do Vídeo) e Pós-Produção, até a obtenção da versão final do vídeo, serão detalhadas posteriormente. A definição das etapas de pré-Produção são consideradas resultados da pesquisa, uma vez que seu fazer metodológico foi fruto do trabalho da pesquisadora.

Fluxograma 1 – Representando a fase 1 da pesquisa – Construção e Validação do vídeo



Fonte: Elaboração própria autora.

Fluxograma 2 – Representando a fase 2 da pesquisa – Vídeo como Estratégia de Educação em Saúde



Fonte: Elaboração própria autora.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Foi escolhida a capital do Tocantins, Palmas, por ser esta a mais nova capital brasileira, com apenas 28 anos de existência e que passa por intenso processo de formação política, cultural, econômica, social e habitacional crescente, conforme estatísticas nacionais e regionais. Segundo o IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pode-se verificar que o município teve um crescimento populacional de 110%, em 2008, em comparação com a população de 1996. A própria criação da nova capital e o dinamismo econômico a ela associado têm contribuído para a atração de contingente populacional tão elevado, proveniente de diversas partes do país e do exterior. (IBGE, 2009). Essa efervescência de mescla cultural pode vir a ser importante para a construção de vídeo artístico com vários aspectos de regiões culturais brasileiras. Por outro lado, a

doutoranda reside no local o que permite a execução e acompanhamento integral da pesquisa.

As atividades foram realizadas nos Centros de Saúde da Comunidade (CSC) que contavam com equipe de saúde da família, tomando-se três Unidades CSC da cidade de Palmas/TO, como local de estudo. Uma CSC serviu como base (Grupo Base) para construção do conhecimento e do Material Educativo Audiovisual (MEA) para posteriormente ser aplicada nos grupos Controle e Intervenção.

4.3 FASE 1 – CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO VÍDEO

4.3.1 Metodologia Utilizada na Fase 1 – Construção do Material Educativo

4.3.1.1 *Determinação da amostra*

A quadra 403 Sul, foi determinada como local de identificação do Grupo Base por ter grupo de pacientes do programa HiperDia há mais de 10 anos, conforme declarado pela Secretaria Municipal de Saúde e já ter sido uma CSC que a pesquisadora conheceu previamente, quando realizou o mestrado. Foi a partir deste grupo que selecionou-se as doenças crônicas a serem trabalhadas, os temas de interesse de aprendizagem e validação da abordagem artística a ser construída no MEA.

4.3.1.2 *Tamanho da Amostra*

O grupo base teve o tamanho da amostra segundo os participantes das reuniões do Grupo HiperDia em cada encontro. Salienta-se que esse grupo leva o nome de HiperDia, mas não é o tradicional grupo de hipertensos e diabéticos, mas era constituído em sua maioria por pessoas com essas doenças e outros pacientes que tinham vontade de participar do mesmo. Já para os testes de validação do vídeo, o tamanho da amostra em cada grupo (juízes e comunidade), foi de 10 indivíduos por grupo, segundo o recomendado por Doak, para verificar níveis de aprendizagem em localidades regionais (DOAK, et.al; 1996, p. 42). Foram incluídas no estudo pessoas maiores de 18 anos, com capacidade de comunicação oral e auditiva normais. Normalmente nestes grupos não participam pessoas com dificuldades cognitivas, não havendo necessidade de sua exclusão.

4.3.1.3 Planejamento dos encontros para identificação e construção do tema a ser tratado

Foram realizados primeiramente 05 encontros com o Grupo Base (USF da 403Sul); do 1º ao 5º foram realizados em um intervalo de tempo de 07 dias (uma semana). Após o 5º encontro foram realizados encontros mensais ou bimestrais, por um período de tempo de cerca de 12 meses. Os encontros foram realizados na Igreja Assembleia de Deus, local onde o grupo Base se encontrava e realizava suas atividades.

No **primeiro encontro** foi realizada a apresentação do estudo, coleta e assinatura do TCLE (ANEXO A), coleta de informações e dados dos pacientes (APÊNDICE A). Esta etapa, foi o momento de construção junto à comunidade do perfil sociocultural dos mesmos.

No **segundo encontro** foram realizadas conversas (bate-papo/discussão) informais com a comunidade para coleta de dados referente as dificuldades encontradas para administrar medicamentos, seguir posologias, manter saúde em níveis aceitáveis, e demais informações para construção dos questionários, roteiro conceitual e artístico, entre outros. Estes registros compuseram o diário de campo. Ainda nesse momento foi realizado a análise da percepção dos profissionais de saúde sobre o Grupo Base ao qual pertencem, em relação a dificuldade do grupo com o uso de medicamentos (APÊNDICE B).

No **terceiro encontro** ocorreu aplicação do questionário para coletar informações sobre o que os pacientes sabem sobre sua saúde, modo como convivem com seu estado de saúde, e conhecimentos básicos sobre as doenças crônicas do grupo (diabetes e hipertensão) e modos de evitar ou proceder frente ao agravamento em saúde (APÊNDICE C). Os questionários foram aplicados pela pesquisadora e pelos agentes de saúde da referida unidade. Os agentes de saúde receberam treinamento, realizado pela pesquisadora. Esta etapa forneceu informações sobre os conceitos e informações em saúde que a comunidade desejava adquirir (temas de saúde); bem como suas maiores dificuldades em relação ao uso seguro e correto de medicamentos; os problemas de saúde que têm interesse em conhecer melhor, sua percepção sobre os possíveis motivos que levam as pessoas a não cuidarem da sua saúde; as principais dificuldades encontradas para utilizar os medicamentos; dificuldades encontradas para não tomarem os medicamentos corretamente ou seguirem a prescrição médica.

No **quarto encontro** houve apresentação dos principais tópicos identificados nos encontros anteriores pela pesquisadora e pelos profissionais de saúde que estavam presentes (profissionais, indivíduos, pesquisadora, enfermeira e médico do CSC 403 Sul)

referentes às dificuldades detectadas pela pesquisadora, maiores dificuldades apresentadas pela comunidade, necessidades e conceitos considerados relevantes à serem apreendidos pela comunidade. Para verificar se foi possível identificar as informações que realmente desejava a comunidade do Grupo Base, foi realizado mais um encontro onde todos os temas/dificuldades/ necessidades, registrados anteriormente, foram apresentados à comunidade presente e então os temas foram elencados segundo ordem de prioridade estabelecido pela comunidade (APÊNDICE D).

No **quinto encontro**, houve discussão com o grupo para que a comunidade apresentasse o diagnóstico de causas de porque os indivíduos não conseguem tratar sua(s) doença(s) crônicas. O diagnóstico de causas de não tratamento das doenças crônicas foi definido pelo Grupo Base segundo estabelecido no APÊNDICE E.

Após o 5º encontro foram realizados encontros mensais e/ou bimestrais com o grupo Base para que fosse discutido os dados da pesquisa e para que a comunidade pudesse auxiliar e acompanhar o processo de criação do Roteiro Conceitual e assim contribuir para a elaboração ou validação das cenas e da construção do Roteiro Artístico. O **Roteiro Conceitual** consiste na descrição pormenorizada dos conceitos e temas desejados que serviram de base para compor o Roteiro Artístico. O **Roteiro Artístico** é a forma escrita do vídeo (audiovisual), contendo as cenas, falas e diálogos a serem gravados. As anotações foram realizadas no diário de campo, para posteriormente se realizarem os reajustes/adaptações sugeridas/necessárias. A criação, edição e finalização do vídeo levou cerca de 10 meses. A pesquisa não contou com contratação de profissional qualificado para nenhuma das etapas citadas anteriormente. O vídeo foi editado, reajustado e finalizado por João Vicente (artista licenciado em teatro pela Universidade Federal do Tocantins e diretor artístico da Lamira Artes Cênicas, empresa cultural legalmente constituída). A criação e gravação das cenas foi realizada pela pesquisadora e o artista citado anteriormente.

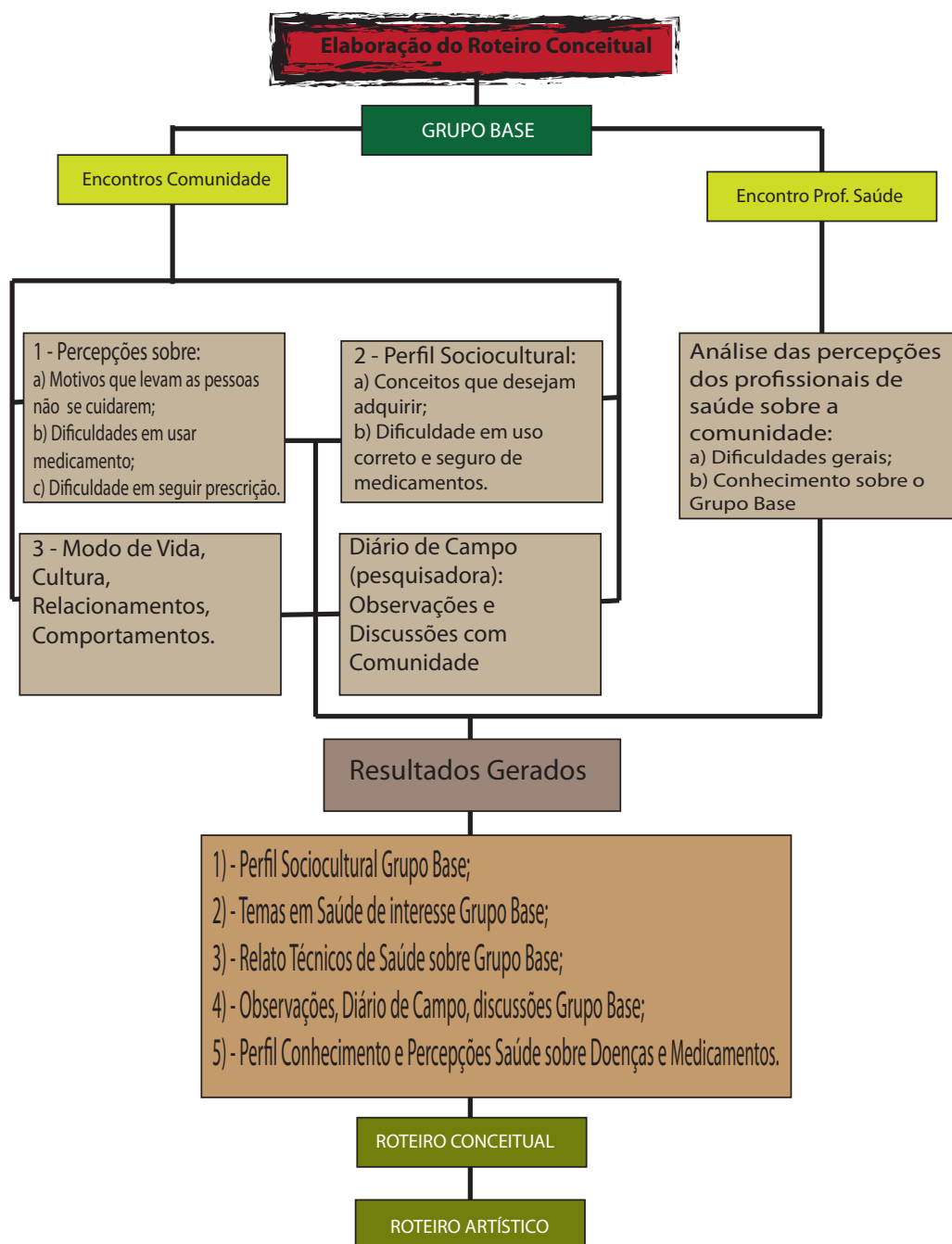
Ao longo da execução dessa parte, de entrevistas e conversas com a comunidade, foi identificado, junto aos mesmo o modo como falam, as formas coloquiais de suas repreensões, agradecimentos, comportamentos e representação, entre si e com os profissionais de saúde, para posteriormente auxiliarem na construção do vídeo artístico. As falas e as conversas realizadas em grupo e junto aos indivíduos, foram analisadas nesse processo e as anotações constam no Diário de campo.

Ao final da execução desta parte qualitativa, foi gerado os Temas/Assuntos/Prioridades a serem utilizados no quasi-experimento, para futura comparação da efetividade das intervenções. A escolha do tema levou em consideração a

morbimortalidade relacionada ao mesmo. Ao final dessa etapa foi possível elaborar: o Perfil Sociocultural do Grupo Base; Temas em Saúde de interesse Grupo Base; Relato dos Profissionais de Saúde sobre Grupo Base; Perfil do Conhecimento e Percepções de Saúde sobre Doenças e Medicamentos. Para a elaboração do perfil sociocultural e Conhecimento de Percepções de Saúde foi realizada análise quantitativa dos dados obtidos nos questionários.

O fluxograma 3 representa as etapas realizadas com o Grupo Base para elaborar o Roteiro Conceitual.

Fluxograma 3 –Etapas de coleta de informações e resultados gerados para a elaboração do Roteiro Conceitual e Roteiro Artístico.



Fonte: Elaboração própria autora.

Após a coleta de dados apresentada acima foi realizada uma triangulação de dados, fundamentando-se no proposto por Oliveira (2007), pois relaciona-se o que ocorre na prática dos serviços, com o que é preconizado pelo referencial teórico. Ver detalhe na ilustração 03. Triangulação do Método de Pesquisa – Fase 1.

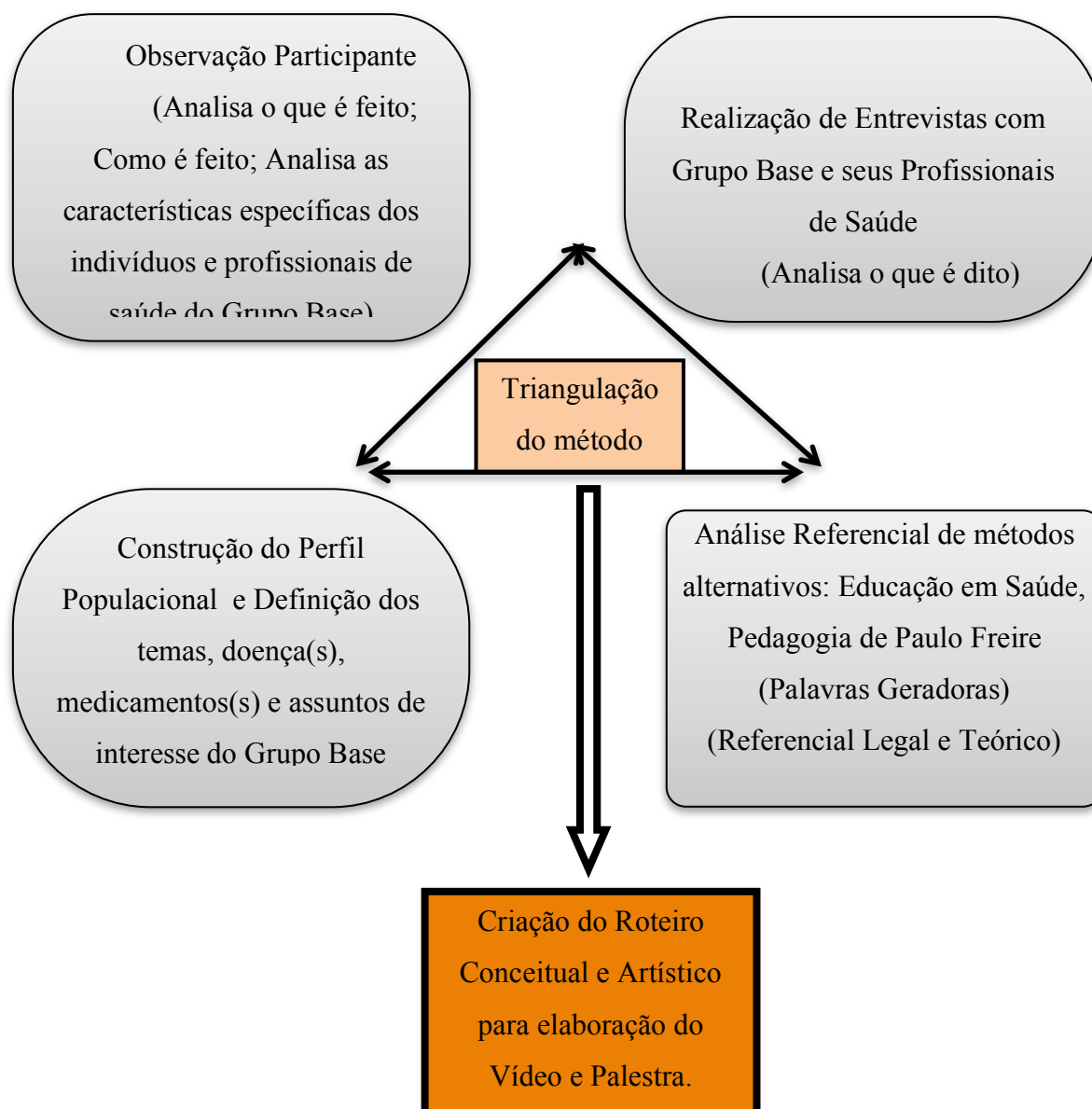
Procurou-se aproximar as ações, ferramentas e atitudes da pesquisa para com o proposto pela Educação Popular em Saúde e a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire. Concomitantemente ocorreu a análise entre, o que o se fala, o que se faz em sua prática e o perfil sociocultural dos indivíduos do grupo. Essa parte foi importante para que se pudesse compreender as semelhanças e discordâncias entre o discurso e a prática. Para posteriormente, realizar-se as devidas inferências.

A escolha da triangulação do método como meio de tratar os dados é coerente com o pensamento de Minayo e Sanches no qual:

[...] o ensinamento fundamental da antropologia é o cotejamento da fala, com a observação das condutas e dos costumes e com a análise das instituições. Checar o que é dito com o que é feito, com o que é celebrado e/ou está cristalizado. Desta forma, uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permite, ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 246)

Ao final da execução dessa etapa foi possível elaborar o Roteiro Conceitual e o Roteiro Artístico.

Ilustração 03. Triangulação do Método de Pesquisa – Fase 1



Fonte: Adaptado de Oliveira, M., 2007.

4.3.2 FASE 1: Construção da Abordagem Artística – O Vídeo

Como acima descrito, as discussões, bem como os questionários que foram aplicados tanto aos profissionais de saúde quanto os indivíduos do Grupo Base, foram analisados para identificar: os temas de interesse, bem como a percepção do conhecimento

do indivíduo sobre sua doença e ou conceitos básicos em saúde no que se refere ao uso correto e seguro de medicamentos. Dessa análise, foram definidos os temas de interesse da comunidade, em analogia as “palavras geradoras” de Paulo Freire na alfabetização. A partir dos temas de interesse construiu-se o Roteiro Conceitual e posteriormente o Roteiro Artístico.

4.3.2.1 A Construção do Vídeo

A construção do vídeo, abordou a linguagem das artes cênicas (contação de história – dramaturgia teatral), animação (*stop motion*) e desenho no intuito de repassar as informações pretendidas e/ou reaprendizado de conceitos de interpretação equivocada por parte dos indivíduos. Para a construção do vídeo, foram executados os seguintes procedimentos: (1) Obter os Temas/Assuntos de interesse do Grupo Base; (2) selecionar dentre os temas, coletados, a ordem de prioridade para estarem no vídeo; (3) definir o Roteiro Conceitual e Artístico; (4) criar pequenas células artísticas (cenas) que abordem cada um dos temas selecionados anteriormente e discutir com a comunidade; (5) definir história final; (6) gravar as cenas; (4) editar e finalizar as cenas para formar o vídeo. O tempo ótimo de duração do vídeo, segundo Doak (1996), é de cerca de 15 até 20 minutos a depender da dinâmica do mesmo.

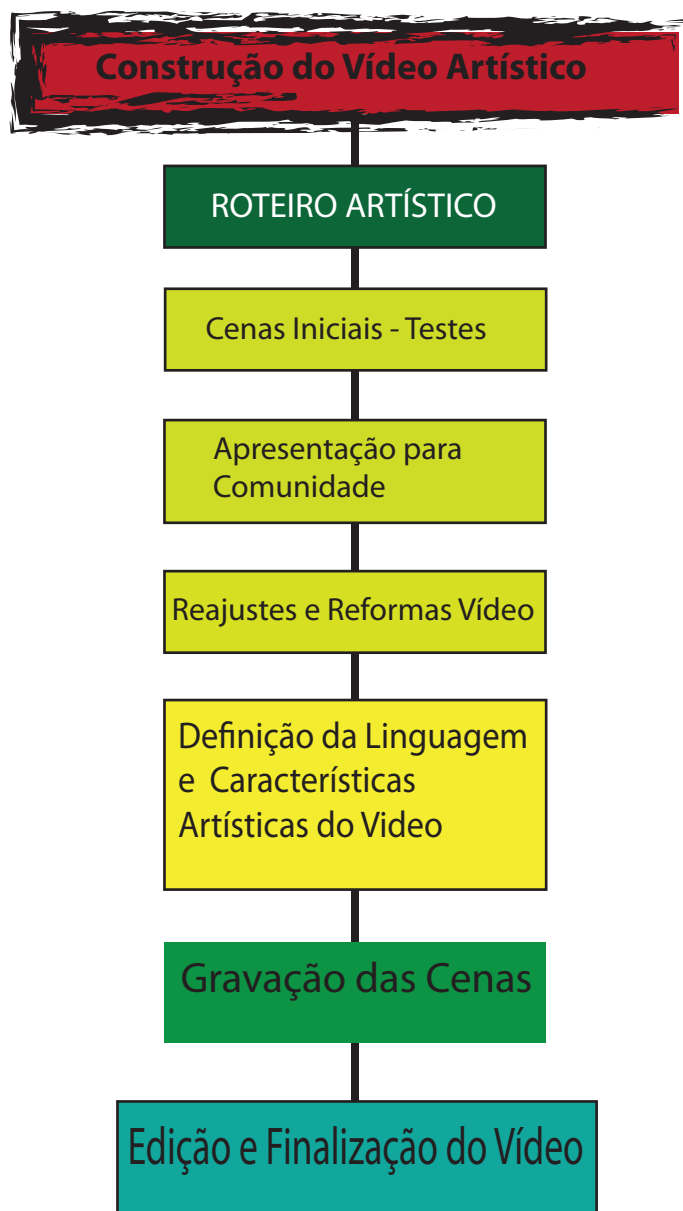
Para a construção da proposta artística foram utilizados os princípios da pedagogia de Paulo Freire, por meio da identificação dos temas geradores, e por levar em consideração que as pessoas são seres curiosos, inacabados, incompletos e, sendo incompletos, precisam do outro e junto com o outro compartilhar seus conhecimentos (FREIRE, 1993).

Para tanto, o vídeo artístico abarcou estes princípios, sem no entanto, perder a essência artística e sua questão estética e ética, tanto da arte quanto da educação.

[...] a educação enquanto formação humana é um esforço indiscutivelmente ético e estético. Não há como separar também a decência da boniteza e de alegria. A educação enquanto a decência do ser... e a natureza política, nos desabilita de ser neutra. (FREIRE, P., O Revolucionário Educador)

O fluxograma 4 contem as etapas realizadas para construção do Vídeo Artístico e Educativo.

Fluxograma 4 – Representando as etapas para construção do Vídeo Artístico.



Fonte: Elaboração própria autora.

As etapas e procedimentos para Definição da Linguagem e Características do Vídeo serão apresentadas diretamente em Resultado, no tópico de mesmo nome.

4.3.3 Validação do Vídeo Artístico

O processo de validação de Material Educativo foi realizado em duas etapas: uma pela população e outra por profissionais da saúde. A validação do vídeo foi realizada pela comunidade do grupo base por meio da utilização do instrumento (desenvolvido por Doak (1996). Este instrumento avalia cinco Domínios: 1. Compreensão, 2. Atratividade, 3.

Aceitação Cultural, 4. Auto-Eficácia e 5. Persuasão. Para sua realização foi elaborado um questionário para ser utilizado por meio de entrevistas (ANEXO B). No próprio anexo encontram-se explicações sobre o desenvolvimento do instrumento. As entrevistas foram realizadas após a visualização conjunta do vídeo pelo entrevistado e o entrevistador. A análise seguiu a tabulação preconizada, avaliação qualitativa das respostas de cada indivíduo e inclusão das mesmas nas categorias: “esperada” e “inesperada”. Considera-se resposta “esperada” aquela na qual o indivíduo declara que o material educativo cumpre com o propósito de entendimento e aceitação esperado pela pergunta. São consideradas respostas “inesperadas” aquelas cujo o indivíduo, alega que o material analisado não cumpre ou não alcança o pretendido. Obteve-se a frequência relativa de cada categoria para cada atributo. Ao final identificou-se a faixa de percentual mínimo e máximo de cada atributo para os usuários. A validação pelos usuários, Grupo 1, seguiu a adaptação das técnicas de DOAK “Verificação e Revisão de Aprendizagem” e “Verificação de Aprendizagem e Revisão de Materiais”, as quais refere-se ao modo de como preparar o questionário de entrevista, aplicar e avaliar as respostas.

Após a validação por usuários do sistema de saúde procedeu-se a validação por juízes – profissionais da saúde. Foi adaptado um instrumento para validação segundo os critérios estabelecidos pela OPAS (1984) e o proposto por Castro e colaboradores (CASTRO et al., 2007) dando origem ao formulário constante do Anexo C, sendo que a forma de desenvolvimento está descrita no próprio anexo. Foram convidados 10 profissionais de saúde (farmacêuticos, enfermeira e médica) para participar, sendo enviados aos que consentiram o link para assistir o vídeo, e o formulário para avaliação. A taxa de adesão ao convite pelos profissionais foi de 100% de aceite. O formato de avaliação das respostas dos juízes seguiram duas etapas: 1 – utilização dos procedimentos para quantificação e categorização para avaliação do vídeo segundo critérios da Organização Panamericana da Saúde (11 critérios avaliativos); 2 - associação da etapa 1 à adaptação do método de avaliação de material educativo impresso, AVALMEI (CASTRO et al., 2007), no qual o número de critérios avaliativos passarão a ser 32 itens ao invés dos 11 itens sugeridos pela OPAS.

Para a etapa 1 foi realizado a quantificação, frequência absoluta, de cada juiz para cada item avaliado (N=32 itens), referente aos sete domínios avaliativos. Os domínios avaliativos foram: A - Exatidão Científica; B- Conteúdo; C - Apresentação Audiovisual; D - Ilustrações; E - Material Suficientemente Específico e Compreensivo; F- Legibilidade, Áudio e Características do Vídeo; e G - Qualidade da Informações. Foi utilizada uma

escala de avaliação, onde se qualificou de acordo com o grau de cumprimento do atributo: 1 correspondia a Discordo, 2 concordo parcialmente e 3 concordo totalmente. O formato apresentava espaço para colocar os totais parciais e pontuação total (classificação máxima de 96 pontos). A decisão dos expertos foi determinada pelas categorias: Usar como está (83-96 pontos), Necessita alterações (48-82 pontos), Recusado (menos de 47 pontos); igualmente continha espaço para comentários do avaliador. Para análise dos dados, se elaborou tabelas resumos com as opiniões dos juízes sob o vídeo. Foi realizada uma avaliação detalhada de cada item e para cada profissional, de maneira, que cada avaliação qualitativa referente ao comentário do juiz foi considerada, levando em consideração, sua contribuição para o alcance dos objetivos do vídeo.

4.3.3.1 Procedimento Padrão para a realização das etapas precedentes

A abordagem aos grupos foi padronizada, explicitando o objetivo da entrevista. Para o grupo 1: “Nós queremos saber se o vídeo que você irá assistir lhe desagrada em termos de palavras, voz, imagens, sons, clareza das palavras, altura do sons. E se esse vídeo é capaz de explicar sobre o que seja Pressão Alta. Nós não sabemos se estamos fazendo da forma correta, por isso precisamos da sua ajuda. Vou lhe fazer algumas perguntas e gostaria que o (a) senhor (a) soubesse que estamos avaliando o vídeo e não o senhor (a), suas respostas serão sempre certas”.

Para o grupo 2 utilizamos: “Necessito da colaboração de vocês. Estou fazendo uma pesquisa sobre o uso da arte versus palestra em grupos de pacientes. O que propusemos é uma série de vídeos produzidos com baixo custo e de forma amadora para apresentar a questão da hipertensão arterial. Esse vídeo foi realizado com base nas discussões com um grupo de pacientes hipertensos que acompanhamos a algum tempo. Depois das discussões com o grupo, resultou um produto com alguns vídeos. Aqui eles estão apresentados em sequencia, pois necessitamos que vocês avaliem o conjunto da obra. Já fizemos uma avaliação com os pacientes verificando outros domínios. Peço a colaboração de vocês na avaliação desses vídeos. Por favor leiam o formulário de avaliação, depois assistam os vídeos e avaliem tudo”.

Para a análise das entrevistas foi efetuada a codificação das transcrições. Cada entrevistado recebeu, seguido da letra “P”, um número de 1 a 10.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO: FASE 1

Nesse tópico, apresentam-se os resultados da pesquisa, lembrando-se que os resultados de pesquisa que envolvem a abordagem qualitativa são compreensões, não encarceráveis, e nunca definitivas (GARNICA, 1997).

5.1 GRUPO BASE

Apresentamos o Perfil das pessoas participantes do Grupo Base, elaborado a partir da análise do questionário (Apêndice A) respondido por 25 de seu membros. O grupo é portanto composto majoritariamente por mulheres (80%) de 70 a 79 anos. A unidade federativa de maior percentual foi Goiás, seguido de Minas Gerais e Piauí; a escolaridade de maior percentual (40%) presente no grupo é o ensino fundamental completo ou não. O percentual de indivíduos que frequenta o grupo entre 05 anos e 14 anos é de 60%.

Tabela 01 – Perfil das pessoas participantes do Grupo HiperDia do Centro de Saúde da Comunidade da 403 Sul - Palmas/TO, 2016

Variável em estudo	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Idade		
Entre 50 e 59 anos	05	20,0%
Entre 60 e 69 anos	07	28,0%
Entre 70 e 79 anos	13	52,0%
Total	25	100%
Gênero		
Masculino	05	20,0%
Feminino	20	80,0 %
Total	25	100%
Qual UF de nascimento		
Goiás	06	24,00%
Minas Gerais	04	16,0%
Piauí	04	16,0%
Tocantins	03	12,0%
Maranhão	02	8,0%

Bahia	02	8,0%
Ceará	02	8,0%
Rio Grande do Sul	01	4,0%
Pernambuco	01	4,0%
Total	25	100%
Escolaridade		
Alfabetizado	02	8,0%
Fundamental (completo ou não)	10	40,0%
Ensino Médio (completo ou não)	06	24,0%
Superior (completo)	02	8,0%
Pós-graduação/Especialização	01	4,0%
Dado perdido	04	16,0%
Total	25	100%
Mora com mais alguém na mesma casa		
Sim	23	92,0%
Não	02	8,0%
Total	25	100%
Como passa a maior parte do tempo		
Sozinha	13	52,0%
Com mais alguém (exceto: Cônjuge)	02	8,0%
Com Cônjuge	09	36,0%
Dado perdido	01	4,0%
Total	25	100%
Cuida de alguém		
Sim	07	28,57%
Não	18	71,43%
Total	25	100%
Caso cuide de alguém, de quem você cuida		
Neto	06	85,71%
Filho	01	14,29%
Total	07	100%

Há quanto tempo frequenta a UBS		
0 a 04 anos	07	28,0%
05 a 09 anos	10	40,0%
10 a 14 anos	05	20,0%
Não sabe	01	4,0%
Muito tempo que não frequenta	01	4,0%
Muito tempo que frequenta	01	4,0%
Total	25	100%
Atividades e Ações (Rotina diária) - Mulheres		
Serviços domésticos	08	40,00%
Serviços domésticos +religiosos	02	10,00%
Serviços domésticos + Ativ. Física	04	20,00%
Serviços domésticos + bordado/costura	02	10,00%
Serviços domésticos + bordado/costura	01	5,00%
+ Ativ. Física		
Serviços domésticos + Universidade da	01	5,00%
Maturidade - UMA		
Serviços domésticos + trabalho	02	10,00%
Total	20	100%
Atividades e Ações (Rotina Diária) - Homens		
Trabalha	02	40,0%
Lê, vê TV	03	60,0%
Total	05	100%

5.1.2 Temas em Saúde de Interesse do Grupo Base

Para conhecermos as informações básicas que a comunidade do Grupo Base desejava adquirir em relação ao uso correto e seguro de medicamentos foi realizado uma discussão em grupo, entrevista aberta (APÊNDICE D).

Todos os temas que surgiram na discussão foram anotados, analisados um a um, para posteriormente serem reunidos em grupos de temáticas afins. Deste modo, ao final da análise os temas elencados pelo grupo, as respostas foram alocadas em 04 tabelas que

contem as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem relacionados: (1) ao medicamento; (2) ao uso de plantas/chás/garrafadas; (3) à doenças; (4) à nutrição/alimentação.

Após a elaboração de cada uma das 04 tabelas foi estabelecida a prioridade do tema/assunto para ser abordado ou não no vídeo. A priorização é necessária, em virtude de não ser possível tratar todos os temas e assuntos no vídeo artístico, em virtude de não ficar um “recurso artístico” com duração prolongada, cansativa para o público e sem foco para posterior medição e comparação entre grupos. A duração do vídeo, cerca de 20 minutos, compreende o tempo estimado por Carvalho (1993) e Doak (1996). A avaliação da prioridade foi realizada considerando sua importância epidemiológica e a vivência da comunidade. À seguir apresentam-se as tabelas com os temas de interesse e seu grau de prioridade para construção do Roteiro Conceitual e Artístico.

Tabela 02 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado ao medicamento - Palmas/TO, 2016

Ordem de Citação	Resposta Entrevistados
	Quais as dúvidas em relação ao uso de medicamentos ou qualquer outra questão relacionada à medicamentos
1	O que fazer com medicamentos que não utiliza mais?
6	Posso guardar meus medicamentos na sacola plástica? Ou vasilha de plástico?
11	Posso tomar meus medicamentos todos juntos? 03 pessoas perguntaram: Usuário 1 – (Abloc, Enalapril, Puran, Alodipino, Glicace R, Hidatal, Sertralina, Oneprazol (toma em jejum), Atorvastatina); Usuário 2 – (medicamento para diabetes 02 tipos, medicamentos para hipertensão 03 tipos, AS e Sinvastatina); Usuário 3 – (medicamentos para: Diabetes, hipertensão, AS, Colesterol e AVC);
13	Pílula contra reumatismo é pra quê?
15	Eu tomo Ômega 3, Cártamo é bom? E óleo de chia é bom?

Neste quadro estão apresentadas as repostas dos indivíduos em relação às principais dúvidas relacionadas ao medicamento, que os participantes foram capazes de lembrar no momento da discussão. Verifica-se que a maioria das dúvidas sobre o uso de medicamentos surgem no momento da utilização do(s) produto(s), em si (DIEMEN; BESSESTIL; CASTRO, 2012). Esses temas são considerados de mediana prioridade e necessitam de uma abordagem individualizada em sua maioria, podendo ser um tema geral a ser abordado, mas não na profundidade necessária

Tabela 03 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado ao uso de plantas/chás/garrafadas - Palmas/TO, 2016

Ordem de Citação	Resposta Entrevistados
	Quais as dúvidas em relação ao uso de medicamentos ou qualquer outra questão relacionada ao uso de plantas/chás/garrafadas
2	Posso tomar garrafadas junto com medicamento?
3	Faz mal tomar chá/garrafada/alimento que é bom para diminuir o diabetes?
9	Puran, Cálcio e Alendronato pode tomar junto com garrafadas?
10	Manjerição é bom para quê? Posso colocar na comida, ou só fazer chá?
16	Chá de mato posso tomar quantas vezes por dia? É tóxico?
17	Chá de carqueja como tomo?
18	A pílula de babosa é bom pra quê? Eu tomo

Os resultados obtidos neste quadro, são de prioridade baixa, em virtude, de ser necessário estudos e conhecimento complementar sobre qual(is) planta(s) estão presente dentro de cada uma das “garrafadas” que utilizam. Por outro lado, seria necessário identificar a(s) planta(s), ter conhecimento do modo de preparo das mesmas, até o envase e comercialização do(s) produto(s), para análise de propriedades e princípios ativos. Para tanto, os temas constantes nesta tabela possuem prioridade baixa, na escala de seleção dos temas para comporem o Roteiro Conceitual e Artístico, mas poderão vir a ser abordados em uma visão geral sobre o uso ou não de “garrafadas” relacionado a doença de maior interesse à comunidade.

Tabela 04 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado à doenças - Palmas/TO, 2016

Ordem de Citação	Resposta Entrevistados
	Quais as dúvidas em relação ao uso de medicamentos ou qualquer outra questão relacionado à doenças
5	O que é diabetes? Porque umas pessoas tomam insulina e outras comprimidos?
12	Porque tem que ir ao médico?
14	O que é hipertensão? Como apareceu isso em mim?

Os resultados obtidos neste quadro, são de prioridade alta, em virtude, de ser necessário o empoderamento dos indivíduos nestas áreas, por se identificarem a necessidade, da população, em conhecimento sobre Diabetes e Hipertensão Arterial (HAS). Estas doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por cerca de 70% das mortes do Brasil (SCHIMIDT, et.al. 2011). Embora estes indivíduos frequentem o CSC a um tempo razoável (64% frequentam a mais de 05 anos), existem dúvidas sobre suas doenças, uso de medicamentos e necessidade de fazer acompanhamento médico. O que de certa forma é um fator preocupante, considerando-se, por exemplo, temas como Diabetes, HAS, uso de medicamentos relacionados à essas enfermidades e necessidade de acompanhamento médico, pois possuem prioridade alta, por sua gravidade, visto sua relação com morbimortalidade. Fundamentado nesses achado, selecionou-se a Hipertensão Arterial Sistêmica, por serem as doenças cardiovasculares a principal causa de morte no País e por responder por maior custo de internação (SCHIMIDT et al, 2011) em relação à outras doenças crônicas (doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras inclusive renais). Acredita-se que os resultados encontrados para a HAS, servirão para dialogar com estudos futuros para Diabetes, a qual também é uma doença crônica cuja prevalência vem aumentando.

Tabela 05 - Resposta do Grupo Base sobre as principais dúvidas ou temas de interesse para aprendizagem – Relacionado à nutrição/alimentação - Palmas/TO, 2016

Ordem de Citação	Resposta Entrevistados
	Quais as dúvidas em relação ao uso de medicamentos ou qualquer outra questão relacionada à nutrição/alimentação
4	Porque é importante comer fruta?
7	O que eu como ou bebo para diminuir os carocinhos na minha pele?
8	Como é mais saudável guardar as frutas? Geladeira ou não? Banana e laranja posso guardar na geladeira?
19	A manga ajuda ou faz mal para diabetes? Ela tem muito açúcar prejudica a diabetes?
20	As frutas em geral aumentam a glicemia, mas depois abaixa?

Os resultados obtidos neste quadro, são de prioridade baixa, em virtude, de estarem fora da área de atuação da pesquisa e dos pesquisadores. Uma vez que se concentram na área da nutrição. Entretanto, demonstram a necessidade de abordar de forma geral o tema da alimentação no Roteiro Conceitual e Artístico.

5.1.3 Percepção do Agente e Técnico de saúde sobre principais dificuldades dos indivíduos do CSC 403Sul em relação ao uso de medicamentos.

Os profissionais entrevistados foram o agente de saúde e a técnica de saúde, que estavam presente no dia do encontro com o grupo e que atuam na quadra 403 Sul. Suas respostas foram registradas no diário de campo, e posteriormente analisadas. Esses profissionais relataram que o que mais acontece com os indivíduos da quadra 403 Sul é a questão: 1. da descontinuidade do tratamento, 2. a auto medicação e o 3. uso e confiabilidade maior em medicamento caseiro. Abaixo encontra-se um pequeno resumo de suas falas.

O que acontece aqui (403S) é que quando a pressão do paciente está boa, ele já quer parar de tomar o medicamento. Outra questão é a automedicação, eles tomam medicamento por conta própria. Tem também a questão da indicação de medicamento de uma pessoa para a outra. E tem também o fato de pessoas que

só acreditam em medicamento caseiro e não no medicamento (alopático).
(Técnico e Agente de Saúde).

5.1.4 Observações registradas no Diário de Campo durante os encontros.

As anotações no Diário de Campo compreenderam o registro de falas, expressões, modo de relacionamento ou acontecimentos frequentes. Também foram registradas as principais respostas dadas pelo Grupo Base ao longo dos encontros semanais para questões que surgiam, referentes ao uso de medicamentos, hábitos alimentares e de vida.

As perguntas foram analisadas e separadas em 04 grupos: (1) indicação de medicamentos; (2) Modo de preparo de chás terapêuticos; (3) O que gostam de fazer; e (4) O que gostam de comer.

5.1.4.1 Indicação de medicamentos ou plantas à terceiros.

Observa-se no grupo o hábito de indicar à outrem medicamento alopático e/ou plantas medicinais, confirmando assim o registrado durante entrevista com o Agente e o Técnico de Saúde.

Minisulida, eu indico (indivíduo 1); Pau da Vitória eu indico (indivíduo 2); Pata de Vaca para hipertensão eu indico, mas é bom para quem faz caminhada junto com o chá (indivíduo 3); Boldo para diabetes eu indico (indivíduo 4); Sete Dores (malva do reino) eu indico para fígado, dor de cabeça (indivíduo 5).

5.1.4.2 Modo de preparo dos chás para uso terapêutico

Uma pessoa respondeu o modo de preparado, descrito abaixo, e as demais afirmaram que fazem de igual modo.

Lavo as folhas, boto água para ferver. Misturo as folhas na água fervida, abafio com tampa e desligo a panela. (indivíduo 6)

5.1.4.3 O que gostam de fazer

Neste grupo registramos as principais ações e atividades que os indivíduos consideraram que gostam de realizar. Os presentes elencaram as seguintes ações, que seguem apresentadas na ordem declarada pelos mesmos: Comer; passear (no sentido de viajar); ficar em casa (apenas 01 pessoa respondeu); pescar (apenas 01 pessoa respondeu). Pela resposta nota-se que os indivíduos possuem uma relação forte com a comida e com o fato de quererem viajar como forma de um comportamento lúdico.

5.1.4.4 O que gostam de comer.

Neste grupo tentamos registrar os hábitos alimentares dos indivíduos em análise. Os presentes elencaram o que gostam de comer ou o que tem o hábito de comer. Os presentes declararam: Frutas e Verduras. Apenas uma pessoa disse Chambari (um caldo feito com a canela do boi, sendo famoso no estado por fazer parte da culinária local e pelo fato de ser gorduroso).

Ressalto que a fala dos indivíduos sobre o que gostam de comer, condiz com que os profissionais de saúde desejam escutar de seus pacientes. Não correspondendo de fato ao que gostam de comer. No entanto percebemos que foi necessário o tempo de amadurecimento” do relacionar-se e do ter confiança e coragem de expor os gostos reais. A medida que os encontros eram realizados e a convivência tornou-se mais efetiva, percebemos que as informações passaram a ser mais próximas do real.

5.1.5 Perfil do Conhecimento e Percepções de Saúde dos Indivíduos – Grupo Base

Visando entender o contexto de vida das pessoas que relataram suas dúvidas sobre medicamentos e temas que gostariam de abordar, procurou-se identificar o perfil das mesmas sobre 5 domínios: 1 Acesso ao sistema de saúde e sua interação com o mesmo; 2 Percepção do estado de saúde e comportamento perante sua doença; 3 Uso do Medicamento; 4 Conhecimento sobre as principais doenças Crônicas prevalentes na comunidade e assunto de interesse pessoal; e 5 Diagnóstico de Causas de não controle de Doenças Crônicas. Dezesete pessoas responderam às perguntas.

5.1.5.1 Domínio 1: Acesso ao sistema de saúde e sua interação com o mesmo

Os itens que contemplam esse domínio dizem respeito a: (a) Acesso ao profissional de saúde – Médico e/ou enfermeiro e frequência e dificuldades no acesso ao CSC; (b) avaliação da Capacidade de entendimento do indivíduo quando conversa com profissional da área da saúde sobre sua doença; e (c) avaliação da Capacidade de entendimento do indivíduo quando conversa com profissional da área da saúde sobre o uso correto de medicamentos.

5.1.5.1.1 Acesso ao profissional de Saúde e Interação com o Sistema de Saúde

A análise da pergunta 1, “Você consegue conversar com a enfermeira(o) ou médico(a) desta unidade?”, nos forneceu o seguinte percentual: todos os entrevistados (100%) responderam ter acesso e facilidade para conversar com o médico e a enfermeira,

principalmente por eles estarem presente no encontro do grupo. Como o encontro é semanal, este fato torna viável e fácil o acesso a estes profissionais. Com os outros profissionais, também enfermeiro ou médico do CSC 403S, é mais difícil o acesso pelos mesmos não fazerem parte do grupo semanal.

O resultado descrito acima é de relevância para a pesquisa, pois verifica-se que a população reconhece o médico e a enfermeira como profissionais importantes e que permitem o acesso à eles de modo a construírem e terem uma boa relação terapêutica em benefícios de sua saúde.

A partir da análise das respostas obtidas pela pergunta 2, “Com que frequência você frequenta o CSC? ”, segue o perfil da frequência ao CSC.

Tabela 06 – Frequência com que os indivíduos do Grupo Base vão ao Centro de Saúde da Comunidade 403 Sul - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Semanal OU Nos encontros do grupo	41,18%
Quinzenal	5,88%
Mensal	17,65%
Quando está sentindo algo OU Fazer exame OU Aleatória	35,29%
Total	100%

Temos que o maior percentual refere-se aos indivíduos que frequentam o CSC semanal (41,18%), seguido dos indivíduos que somente vão quando estão “sentindo algo” (35,29%). A frequência relativa de indivíduos que frequentam o CSC semanal nos alerta para o fato de que a resposta destes indivíduos sobre: seu comportamento frente a utilização de medicamentos; conhecimento sobre sua doença; uso de medicamentos; diagnóstico de causas das doenças e da não continuidade do tratamento; bem como seu estado de saúde e conceitos em saúde; refletem o posicionamento de pessoas que frequentam o sistema com regularidade. Logo são usuários de rotina e podem nos fornecer informações sobre o sistema, seus profissionais, métodos de ensino, meios de compreensão e empoderamento individual na área do uso correto e seguro de medicamentos, entre outros.

Quando perguntado ao indivíduo a maior dificuldade encontrada quando vai ao CSC para tratar uma doença, tivemos o percentual contido na tabela à seguir.

Tabela 07 – Dificuldades encontradas pelos indivíduos do Grupo Base quando vão ao Centro de Saúde da Comunidade 403 Sul - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Não tem dificuldade ou não vai a UBS	58,82%
Não ter retirado a ficha para atendimento	5,88%
Sente os mesmos sintomas, mas não melhora, embora façam o possível	5,88%
Ter que obedecer todas as regras/normas e esperar para ser atendido	5,88%
Existir uma cota de consulta e chegar lá e não ter vaga	5,88%
Ter um Problema físico, dor, o fato de mancar	5,88%
Tem plano de saúde, usa somente para ter receituário	5,88%
A espera para liberar exames	5,88%
Total	100%

A resposta fornecida pelos indivíduos representam que, cerca de 60% desta população, não tem dificuldade de acesso. Reforça, portanto, o que afirmou-se anteriormente, sobre serem indivíduos de potencial no que se refere a fornecerem informação sobre si (indivíduos que frequentam o sistema de saúde) e o sistema de saúde em si (profissionais, meios e métodos).

5.1.5.1.2 Avaliação da Capacidade de entendimento do indivíduo quando conversa com profissional da área da saúde sobre sua doença, segundo sua concepção

A pergunta realizada foi: “Você entende quando a enfermeira (o) ou médico (a) lhe explica sobre sua doença? Sim/Não O que você acha mais difícil neste momento? Especifique”. Segue resultados abaixo.

Tabela 08 – Capacidade de Entendimento do Grupo Base quando conversa com médico ou enfermeiro sobre sua doença - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Sente dificuldade OU Não entende	23,53%
Entende OU Consegue Entender	76,47%
Total	100%

A partir dos resultado apresentados acima, após análise das falas dos participantes durante todo o tempo da pesquisa, pode-se verificar que o sentido das respostas levam a distinguir o conceito de “Entender” e de “Compreender”. Para este estudo, considerou-se o que nos é dito pelos pacientes, à luz das respostas sobre os Temas de Saúde de interesse do grupo. Em sua maioria, afirmam que entendem o que lhes é dito, no entanto não Compreendem em nível de apropriar-se do conteúdo e assim, empoderar-se. Logo não possuem capacidade de explicar sobre, ou capacidade de compreender e relacionar temas e situações em sua vida. Percebe-se assim, que essa questão relativa a aprendizagem deve ser otimizada, permitindo o acesso ao conhecimento e ao universo dos conceitos em saúde sem a “pressão” linguística, pessoal e os termos técnicos. Situação essa que é comum durante palestras e conversas com profissionais de saúde. Outra possibilidade é de que por tratar-se de pergunta fechada escolheram a resposta “sim” para não serem chamados de pessoas com pouca inteligência.

5.1.5.1.3 Avaliação da Capacidade de entendimento do indivíduo quando conversa com profissional da área da saúde sobre o uso correto de medicamentos.

Quando perguntado “Você entende quando a enfermeira (o) ou médico (a) lhe explica sobre como deve usar o medicamento? Sim/Não. Especifique”, obteve-se os seguintes dados:

Tabela 09 – Capacidade de Entendimento do Grupo Base quando conversa com médico ou enfermeiro sobre medicamentos - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Precisa melhorar a forma de explicar OU Não entende explicação	17,65%
Diz que entende e pede para alguém escrever como usar	5,88%
Diz que entende	76,47%
Total	100%

Os dados acima, fruto da análise qualitativa das falas, nos alerta para a questão de que o Sistema de Saúde deve ser capaz de escolher, planejar e conhecer qual o perfil do profissional de saúde para que o mesmo atue junto à população. Percebe-se pelo relato que os indivíduos entendem o que lhes é dito, mas isso não significa que compreendem e utilizam corretamente seus medicamentos. Existi uma lacuna na compreensão dos indivíduos quando o tema é uso correto e seguro de medicamentos. Consideramos que o uso do medicamento ocorre no ambiente do indivíduo e que no momento da utilização o indivíduo deve se sentir seguro sobre o modo de utilização do medicamento, compreendendo e respeitando os horários, posologias, e medicamentos. Assim, a lacuna existente no conhecimento por não conseguir memorizar todos os dados ou por desconhecimento ou insegurança na utilização do medicamento pelo indivíduo deve ser suprida com a atuação do Farmacêutico na equipe de saúde e nos CSC, indo ao encontro da população, de modo a auxiliar que as comunidades tenham acesso a informação e segurança no uso do(s) medicamento(s) que lhes é prescrito.

5.1.5.2 Domínio 2: Percepção do estado de saúde

No intuito de avaliar a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde, foi realizado as perguntas de número 2, 3, 4, 16, 17 e 18 do questionário (APÊNDICE C) ao indivíduos.

As respostas destas perguntas foram analisadas e os resultados agrupados nos seguintes subtópico: (a) Conhecimento sobre seu estado de saúde; (b) Cuidado de sua saúde; (c) Conhecimento de sua doença; (d) Problemas que dificultam cuidar de sua saúde.

5.1.5.2.1 Conhecimento sobre seu estado de saúde

Neste subtópico foram realizadas três perguntas; sendo duas perguntas referente a avaliação pessoal do indivíduo sobre sua saúde e outra referente se o indivíduo considerava estar com alguma doença.

As duas perguntas referentes a avaliação pessoal foram: “Qual avaliação você faz da sua saúde? Opções: muito ruim, ruim, médio, bom, muito bom. Especificar”; e “Você acha que está com alguma doença? Especificar”. Os resultados seguem abaixo.

Tabela 10 – Conhecimento dos indivíduos do Grupo Base sobre seu estado de saúde: avaliação da sua saúde - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Pergunta 1 - Qual avaliação você faz da sua Saúde?	
Consideram sua Saúde Mediana	58,82%
Consideram sua Saúde Boa	23,54%
Consideram sua Saúde Ruim	11,76%
Consideram sua Saúde Muito Boa	5,88%
Total	100%
Pergunta 2 – Você acha que está com alguma doença?	
Sim	35,30%
Não	64,70%
Total	100%

Os indivíduos que responderam as perguntas acima, têm-se que 70,58% consideram sua saúde média ou ruim, enquanto 17,64% consideram boa ou muito boa. Temos que 35,30% destes indivíduos consideram que estão com alguma doença. Estes dados relacionam-se com o fato dos indivíduos sentirem que suas necessidades em saúde não são alcançadas e isso pode vir a ser decorrente de vários fatores elencado pelos indivíduos anteriormente: demora no atendimento no agendamento ou entrega de resultados; insegurança no uso correto e seguro de medicamentos; procedimento burocrático do sistema de saúde (senhas, filas, cadastros, dias de atendimentos, disponibilidade e ou existência de profissionais de saúde, inconstância de produtos e

serviço, entre outros). Estes fatores são apontados pelos próprios indivíduos, no item: Problemas que dificultam cuidar da sua saúde. Percebemos que esses sentimentos geram nessas pessoas uma sensação pouca “assistência” pelo governo, elas julgam que poderiam ser *“mais bem cuidadas pelo poder público”*. Tal fato observado em Palmas/TO, capital com densidade demográfica de 102,9 hab/km² (IBGE, censo 2010), reflete um sentimento que pode vir a ser comum em outras populações, no que se refere ao cuidado em saúde.

No intuito de compreender melhor os resultados e as respostas dadas pelos indivíduos nas perguntas anteriores, realizamos uma pergunta para verificar como os indivíduos consideravam estar sua saúde no momento da entrevista e qual seu problema de saúde (doença em si): “Como você acha que está a sua saúde neste momento? Você tem algum problema de saúde (Hipertensão, Diabetes)?”. Os dados seguem abaixo.

Tabela 11 – Conhecimento dos indivíduos do Grupo Base sobre seu estado de saúde no momento da entrevista - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Pergunta 1 - Como você acha que está a sua saúde neste momento?	
Saúde Não está boa ou está Muito Ruim	23,53%
Saúde Está Boa	41,20%
Saúde Está Média ou Regular	23,53%
Não responderam	11,74%
Total	100%

A partir da análise das respostas dadas à pergunta sobre sua percepção de saúde, verifica-se que 41,20% dos indivíduos responderam que sua saúde estava boa, e 58,80% responderam que sua saúde está ruim, média ou não responderam no momento da entrevista. Logo, a diferença percentual, pode vir de que no momento da entrevista, os indivíduos não estavam sentindo os sintomas que ele normalmente sentem ao longo do dia. Mas, mesmo assim, tem-se que cerca de 60% das pessoas entrevistadas não consideram ter uma boa saúde ou estar se sentido bem no momento da entrevista. Donde inferimos que o percentual de 70,58% dos indivíduos que declaram na resposta dada a pergunta 1 (Qual avaliação você faz da sua saúde? Opções: muito ruim, ruim, médio, bom, muito bom.

Especificar,) que sua saúde está média ou ruim corrobora com o percentual de cerca de 60% dos indivíduos não estarem sentindo sua saúde boa no momento da entrevista.

Em sequência, a pergunta realizada foi: “Qual seu problema de saúde?” separamos em percentual para as doenças mais relatadas pelos indivíduos. Segue abaixo tabela demonstrativa.

Tabela 12 – Doenças mais frequentes nos indivíduos do Grupo Base - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
HIPERTENSÃO	
Hipertensão	17,65%
Hipertensão + Diabetes	29,42%
Hipertensão + Diabetes + Labirintite	5,88%
Hipertensão + Reumatismo	5,88%
Total de Pessoas Hipertensas	58,83%
DIABETES	
Diabetes + Tireoide	5,88%
Diabetes + Artrose	5,88%
Total de pessoas Diabéticas	11,76%
OUTRAS	
Não tem problema de saúde	11,77 %
Arritmia + Chagas + Triglicérides + Menopausa	5,88%
Amigdalite	5,88%
Parkinson	5,88%
Total	100%

Pelo dados transcritos acima, tem-se que 58,83% da comunidade possui Hipertensão (HAS). O alto índice da HAS na comunidade, reforça a escolha da mesma para fazer parte do Roteiro Conceitual e Artístico, já que representam maior percentual em frequência relativa para a amostra. Sendo uma doença de maior risco para a população. Este percentual conflui com os dados apresentados por SCHMIDT et. Al, 2011, em seu estudo sobre as doenças crônicas no Brasil, no qual a Hipertensão e o Diabetes aparecem como as doenças crônicas de maior frequência na população. Este fato, nos permite inferir que se a pesquisa trouxer bons resultados com a população do estudo, poderá a vir à ser utilizada como modelo de instrumento à população nacional se houver efetividade em sua utilização.

5.1.5.2.2 Cuidado de sua saúde

Para avaliarmos o cuidado que o indivíduo dispensa em prol de sua saúde foi perguntado: Você acha difícil cuidar da sua saúde? Sim Não Porquê?. Dados abaixo.

Tabela 13 – Resposta do indivíduo do Grupo Base sobre dificuldade ou não de cuidar da sua saúde - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Sim	35,30%
Não	64,70%
Total	100%

Após análise das falas para construção dos dados acima destacamos que, embora 35,30% dos indivíduos assumam verbalmente a dificuldade em cuidar de sua saúde, principalmente quando refere-se à abandonar hábitos e costumes, não só de vida, mas, principalmente alimentares em contrapartida aos que declaram ser fácil cuidar da saúde. Temos que, dentre os 64,70% que dizem não ser difícil cuidar da sua saúde, inclui-se os indivíduos que relatam a dificuldade de “ter tempo” para a mesma ou não terem doença ou a doença não lhes provoca uma mudança da sua rotina. Logo não lhes é difícil cuidar da saúde, já que mantêm sua rotina de vida. Tais relatos nos alertam para o fato de que alimentos podem gerar prazer. E a mudança na alimentação nos chama atenção para importância de se respeitar o que é prazer ou fonte de prazer para o indivíduo, pois, a partir deste conhecimento e seu reconhecimento como legítima sensação do indivíduo pode-se chegar a acordos com os indivíduos e assim ter mais “sucesso” na terapêutica (CASTRO, 2014). Ressaltamos que quando perguntado aos indivíduos o que gostavam de fazer, todos responderam em ordem prioritária: Comer e em sequência viajar, o que nos reforça a atenção quando precisamos que o indivíduo mude seu hábitos alimentares.

5.1.5.2.3 Conhecimento de sua doença

Para verificarmos o conhecimento do indivíduo sobre sua doença, perguntamos: Você consegue explicar o que você tem? Sim/Não O que você sente? Porque acha que está doente? Porque acha que não melhora?

As respostas dadas foram tabuladas nas seguintes categorias: (1) Indivíduo respondeu todas as perguntas de forma Certa/Com Coerência; (2) Indivíduo respondeu 03 perguntas de forma Certa/Coerente; (3) Indivíduo não apresenta nenhuma doença; (4)

Indivíduo não respondeu ou não soube responder nenhuma pergunta; (5) Indivíduo respondeu uma pergunta; e por último, (6) Indivíduo soube explicar uma de suas doenças corretamente.

As repostas declaradas pelos indivíduos para cada uma das 04 perguntas questionadas foram analisadas uma a uma da seguinte maneira: Os indivíduos que souberam responder de forma correta as 04 perguntas acima para todas as suas doenças, foram colocados na categoria (1); Os indivíduos que souberam responder de forma correta 03 perguntas acima para todas as suas doenças, foram colocados na categoria (2); Os indivíduos que não souberam responder nenhuma pergunta acima, foram colocados na categoria (4) ; Os indivíduos que souberam responder de forma correta uma das perguntas acima para pelo menos uma de suas doenças, foram incluídos na categoria (6); e Indivíduos que responderam apenas uma pergunta, foram incluídos na categoria (5).

Para este trabalho foram consideradas respostas certas as respostas dos indivíduos que apresentam: a - coerência entre o que foi perguntado e o que foi respondido e também; b- se o indivíduo consegue explicar com suas palavras a doença que possui (pelo menos o nome da doença) e o que sente (sintomas característicos da doença Diabetes, Hipertensão).

Os sintomas característicos para Diabetes e Hipertensão para serem considerados resposta correta pelos indivíduos, os mesmo deveriam pelo menos relatar, com suas palavras, para Diabetes: local que urina ter presença de formigas, sonolência, lentidão, corte(s) que demoram para cicatrizar, problemas de visão, dificuldade de circulação e/ou cor da pele alterada, coceira na pele, fraqueza, fadiga, cede, alteração no peso. (Ministério da Saúde, 2006) E para Hipertensão foi considerado resposta correta se o indivíduos respondesse, com suas palavras, pelo menos um dos sintomas abaixo: pressão no sangue alta, palpitação no coração, coração batendo rápido, dor na nuca, pressão nos olhos, agitação, falta de ar. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2015)

As categoria de respostas com os respectivos percentuais segue abaixo.

Tabela 14 – Conhecimento do indivíduo do Grupo Base sobre sua saúde - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Respondeu todas as perguntas de forma Certa	17,65%
Respondeu três perguntas de forma Certa	11,75%
Respondeu duas perguntas de forma Certa	41,19%
Indivíduo não apresenta doença	5,88%

Indivíduo não respondeu ou não soube responder nenhuma pergunta	23,53%
--	--------

Total	100%
--------------	-------------

Comparando as frequências relativas infere-se que os indivíduos que não sabem responder corretamente à pelo menos 01 doença e à pelo menos 02 perguntas é cerca de 64,71% da população pesquisada. Este fato alerta-nos que a população, embora frequente o CSC por um período considerável de tempo (05 a 14 anos – 60% dos indivíduos); eles ainda não tem conhecimento sobre sua doença crônica. O que acontece para que mesmo pessoas que frequentam um grupo de saúde com encontros específicos e sistemáticos, por um período de tempo considerável, ainda não sejam capaz de saber ou explicar sobre sua doença. Tal fato torna a pesquisa relevante e com grande expectativa para que os resultados encontrados contribuam para modificar a realidade observada atualmente.

5.1.5.2.4 Problemas que dificultam cuidar de sua saúde

O penúltimo subtópico que compõem a avaliação da Percepção do estado de saúde pelo indivíduo, foi verificar qual(is) os problemas dificultam à eles cuidar de sua saúde. Os principais problemas estão apresentado na tabela a seguir.

Tabela 15 – Dificuldades encontradas pelos indivíduos do Grupo Base para cuidarem de sua saúde - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Porque é difícil cuidar da alimentação e/ou preguiça, excesso de peso	17,70%
Não respondeu, ou respondeu algo que não condiz com pergunta	11,80%
Às vezes paro de tomar o remédio + As dores é o que mais entristece e dificulta + Tenho problemas em casa, que me estressa e me deixa esquecida (filho dependente químico)	17,70
Porque a doença não tem cura, apenas tratamento	5,88%
A demanda do SUS é muito grande e demora a fazer os exames ou ter os resultados + O tratamento que preciso é difícil de conseguir, a cirurgia de Parkinson possui em SP e GO	11,80%
Não tenho dificuldade	23,50%
Total	100%

As principais dificuldade dos indivíduos em cuidar da sua saúde refere-se a mudança de hábitos (alimentação e atividade física), problemas emocionais relacionados à familiares, demanda do SUS e a dificuldade em conseguir vagas, resultados. Tais dificuldades reforçam as conclusões em relação a necessidade de “negociar” com o indivíduo para atingir sucesso na terapêutica, já que refere-se a mudança de hábitos alimentares e de prática de vida/exercícios e tais situações são difíceis para eles (conforme apresentado nesta e nas tabelas anteriores). Além do fato que os indivíduos sentem que suas necessidades em saúde não são atingidas e que os mesmo deveriam ser melhor “cuidados” pelo sistema de saúde, informação apresentada anteriormente.

5.1.5.2.5 Comportamento do indivíduo perante sua doença

Neste tópico foi perguntado: “O que é mais difícil quando você descobre que está doente ou com alguma doença? Especifique”. Tal pergunta foi realizada a fim de verificarmos o posicionamento do indivíduo frente à doenças e características pessoais para seus enfrentamento.

Tabela 16 – Respostas dos indivíduos do Grupo Base sobre seu Comportamento perante sua doença - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Tento encarar com tranquilidade OU Me acostumar com a doença e o medicamento	17,65%
Não tenho dificuldade	17,65%
Dificuldade com Mudança de Hábito/Comportamento	29,41%
Tenho medo de não ter tratamento OU Tenho medo de morrer OU Fico preocupada com a doença OU se terei o tratamento correto	23,53%
Não respondeu	11,76%
Total	100%

Os dados acima reforçam conclusões descritas anteriormente. Temos que, a frequência de respostas de indivíduos (47,06%) que relatam ter maior dificuldade quando descobrem que estão com alguma doença é relacionado a mudança de hábito e adaptar-se ao uso de medicamentos ou rotina específica. Tal situação reforça a dificuldade da

mudança e estilo de vida e a importância de ocorrer acordos entre profissional de saúde e indivíduo. Na linha quatro da tabela temos que 23,53% dos indivíduos dizem sobre o temor de não ter suas necessidades de saúde garantidas ou atendidas corretamente pelo sistema de saúde e o poder público. Tais relatos confirmam as conclusões já apresentadas em itens anteriormente e reforçam a validade dos resultados.

5.1.5.3 Domínio 3: Uso do Medicamento

Para ter conhecimento sobre o uso de medicamentos foi realizado algumas perguntas para identificar o quantitativo de medicamento utilizado pelo indivíduo e o local de guarda dos medicamentos, num primeiro momento. E em outro momento, saber sobre o uso correto e seguro de medicamentos.

5.1.5.3.1 Quantitativos e Local de Guarda dos Medicamentos

Na primeira parte foram realizadas 02 perguntas: “Você toma muitos medicamentos? Sim/Não Quantos?” e “Onde você guarda seus medicamentos? Especifique”. As respostas obtidas estão na tabela a seguir.

Tabela 17 – Quantitativo e local de guarda dos medicamentos utilizados pelo Grupo Base - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Toma 01 medicamento	5,88%
Toma de 02 a 05 medicamentos	47,10%
Toma de 06 a 10 medicamentos	35,30%
Não toma medicamentos ou toma esporadicamente	11,75%
Total	100%
Local de Guarda dos medicamentos	
Guarda em cima da Geladeira ou armário da cozinha ou mesa	41,20%
Guarda na sacola que vem os medicamentos	11,75%
Guarda numa bolsa/caixa/vasilha onde fica outros medicamentos	35,30%
Local bem à vista ou no quarto ou dentro de uma gaveta da estante	11,75%
Total	35,30%

De acordo com as respostas acima, temos que cerca de 82,40% da população utiliza entre 02 e 10 medicamentos, e que a guarda dos mesmos ocorre em um local/vasilhame onde se encontra outros medicamentos ou em local onde terceiros podem ter acesso, tais como crianças. O local de guarda do medicamento não deve ser favorável a mistura de medicamentos, pois pode permitir que o indivíduo se confunda, ou perca o controle de qual medicamento fez uso, ou do controle da quantidade de medicamento que ainda possui. Bem como não deve permitir que outros tenham acesso ao medicamento ou que o mesmo fique exposto a radiação solar e calor vindo do ambiente externo ou de equipamentos eletrônicos (geladeira, micro-ondas). Por serem idosos e com o avançar da idade adquire-se dificuldade de visão, os medicamentos devem estar à vista, em local de fácil acesso ao indivíduo, longe de locais de fácil acesso à criança. Tendo vista que 85, 71% dos indivíduos declararam cuidar dos netos. Os medicamentos não devem estar misturados para não gerar confusão, troca de medicação e ingestão de medicamento não adequado ao momento.

5.1.5.3.2 Uso Correto e Seguro de Medicamentos

Nesta etapa apresentamos os resultados da análise do questionário realizado com o Grupo Base, no intuito de verificar se o entrevistado utiliza de maneira correta e segura seus medicamentos. Cada entrevistado teve todas as suas respostas analisadas separadamente e posteriormente as respostas de cada pergunta foram comparadas entre si, para verificar se as respostas mantinham-se consistentes. A análise de todas as questões permitiu que, ao longo das perguntas e respostas, o indivíduo fosse revelando a forma como realmente utiliza seu(s) medicamento(s). Esta verificação múltipla acontece para que seja possível captar o real modo de utilização do medicamento, para que, ao final tivéssemos um parecer mais próximo do praticado pelo indivíduo. E assim classifica-lo: utiliza ou não utiliza corretamente seus medicamentos.

Ressaltamos que a análise de uma pergunta isolada pode não valorar se o indivíduo faz ou não uso correto de medicamentos. Mas lembro que a análise foi realizada de maneira isolada, pergunta por pergunta, e depois em complementaridade. Por exemplo, se analisarmos alguma das perguntas abaixo isoladamente, tal como a pergunta número um (P1-“Você toma muitos medicamentos?”), não é possível validar se o indivíduo faz ou não uso correto de medicamentos. Mas é importante essa informação na análise em conjunto, pois se o indivíduo tem dificuldade em tomar algum desses medicamentos (pergunta nº 3

Tem dificuldade de tomar algum medicamento?), ele é um indivíduo que faz uso incorreto da medicação, mesmo que só venha a ter dificuldades em tomar um único medicamento.

As perguntas realizadas nesta etapa foram: Pergunta 1: “Você toma muitos medicamentos?”; Pergunta 3: “Tem dificuldade de tomar algum medicamento? Sim/Não. Qual e porquê?”; Pergunta 4 - “Onde guarda seus medicamentos? Especificar”; Pergunta 5 - “Você já tomou medicamento partido ao meio? Sim/Não Quem partiu o medicamento que você tomou? Para que era o medicamento? Especificar”; Pergunta 6 - “Você entende como a enfermeira(o), o farmacêutico(a), ou o médico(a) lhe explica sobre como deve usar o medicamento Sim/Não. Especificar.”; Pergunta 7 – “Quando você sente alguma dificuldade em relação a sua doença, ou ao modo de utilizar seus medicamentos, ou algum procedimento específico da sua doença o que você faz? Especificar.”; Pergunta 8 – “Você já esqueceu alguma vez como deveria usar um medicamento? SIM /NÃO Como você fez? Especificar.”; Pergunta 9 – “O que você gostaria de saber ou entender melhor em relação a sua saúde, ou medicamentos que faz uso ou sua doença? Especificar.”; Pergunta 10 – “Você tem alguma dificuldade em lembrar como utilizar seus medicamentos? Sim/Não Especificar.”; Pergunta 11 – “Alguma vez você usou o medicamento errado? Como foi esse uso (o que você errou)? Especificar.”; Pergunta 12 - “Para você o que é usar o medicamento errado? Especificar.”; Pergunta 13 – “Quais os problemas que mais dificultam você a melhorar a sua saúde? Opções: não tomo o medicamento sempre (tomo e paro); começo e esqueço de continuar; não sei para quê tenho que tomar; alguém me disse que não é para usar esse remédio; alguém me indicou outro medicamento; tomo medicamento fitoterápico para minha doença. Especificar.”

Portanto se o indivíduo responde certo uma das perguntas, mas em outra pergunta responde que faz/fez alguns dos procedimentos a seguir: esquece; tem dificuldade de tomar o medicamento porque não gosta do cheiro/tamanho/gosto/cor; parte o medicamento que não pode ser partido; tomo doses juntas do mesmo medicamento; toma fora do horário ou da posologia indica; guarda medicamento em local inadequado; coloca todos os medicamentos juntos em uma sacola sem separá-los; ou já tomou medicamento indicado por terceiros; já tomou medicamento errado ou trocou os medicamentos que era para fazer uso. O mesmo foi incluído na categoria que não utiliza corretamente o medicamento.

Ainda nesta parte foi verificado se o entrevistado sabia nos dizer o que era tomar o medicamento errado. A análise de todas as respostas segue na tabela a seguir.

Tabela 18 – Conhecimento sobre uso de medicamentos pelos indivíduos do Grupo Base - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Uso Correto e Seguro de Medicamentos	
Categoria 1 – Uso Correto	23,55%
Categoria 2 – Uso Incorreto	76,44%
Conhecimento sobre uso inadequado de medicamentos	
Categoria 1 – Indivíduo sabe o que é uso inadequado	76,48%
Categoria 2 – Indivíduo não sabe o que é uso inadequado	23,52%
Total	100%

O percentual de 76,44% dos entrevistados fazem uso inadequado do medicamento, logo esse fato alerta para a necessidade de melhorar o índice na comunidade de pessoas que usam corretamente o medicamento, logo se este trabalho apresentar resultados positivos na compreensão das pessoas sobre os conceitos e uso correto de medicamentos, estará proporcionando uma melhora significativa no percentual populacional desta comunidade. Além de vir a representar ganhos para o sistema de saúde e população brasileira.

Nota-se que o percentual (76,48%) de indivíduos sabem o que é tomar errado. Mas igual percentual de indivíduos (76,44%) fazem uso incorreto do medicamento, portanto deve-se pensar na importância e na contribuição que o profissional farmacêutico poderá fazer nas equipes de saúde e CSC. Estes dados confluem com o já apresentado anteriormente, sobre o relato dos indivíduos referente a dificuldade dos mesmos sobre o uso do medicamento e o entendimento dos medicamentos (item 3.5.1.3 Avaliação da Capacidade de entendimento do indivíduo quando conversa com profissional da área da saúde sobre o uso correto de medicamentos).

5.1.5.4 Domínio 4: Conhecimento sobre as doenças crônicas e Tema de Interesse Pessoal

5.1.5.4.1 Domínio 4: Conhecimento sobre as doenças crônicas prevalentes na comunidade

Para avaliarmos o conhecimento do indivíduo sobre as duas doenças crônicas prevalentes da comunidade, Hipertensão e Diabetes, realizamos as perguntas foram: 1 - “O

que você acha que é Hipertensão/Diabetes? Especifique” e 2 - “Como alguém adquire problema de Hipertensão/Diabetes? Especifique”.

Neste tópico foi considerado resposta correta para a pergunta se o indivíduo relatasse, com suas palavras e modo, o conceito de Diabetes adotado no Caderno de Atenção Básica, do Ministério da Saúde: *Diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia, associadas a complicações em vários órgãos. Pode resultar de defeitos de secreção ou ação da insulina por processos patogênicos específicos: destruição das células beta do pâncreas, resistência a ação da insulina ou sua secreção.* (Ministério da Saúde, 2006)

Para a Hipertensão, adotamos o conceito e a epidemiologia preconizado pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010: Hipertensão Arterial (HAS) “é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, rins, cérebro e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais ou não”. Os fatores de risco para a HAS são: idade superior a 65 anos; excesso de peso e obesidade; ingestão de sal, alimentos gordurosos e bebidas alcóolicas; sedentarismo; fatores genéticos e estilo de vida pouco saudáveis.

Para este estudo foi considerado que o indivíduo respondeu corretamente a 1ª pergunta referente à Diabetes se ele tiver declarado, com suas palavras, ao menos, em relação ao conceito: Diabetes é uma doença causada por açúcar no sangue. E a 2ª pergunta relacionada ao aparecimento da doença: Diabetes é causado por ingestão de açúcar e pode ser de dois tipos (tipo 1 ou 2), causada geneticamente ou por deficiência de insulina no sangue. Foi considerada resposta completa se o indivíduo responder que existem dois tipos de Diabetes, hereditário (nascença) ou disfunção na produção insulina. Caso o indivíduo respondesse apenas que a Diabetes é causada por excesso de ingestão de açúcar ou que a Diabetes é hereditário ou a Diabetes é problema da insulina, a resposta foi considerada parcialmente correta, por estar relacionada aos fatores hereditário ou disfunção da produção da insulina.

Em relação a Hipertensão foi considerado que o indivíduo respondeu corretamente o conceito de hipertensão se fosse declarado que Hipertensão é pressão alta (descontrolada) no sangue. E em relação ao surgimento da doença, foi considerado resposta correta se o indivíduo relatasse, pelo menos que a Hipertensão é causada por ingestão de alimentos com sal e gorduras. Os resultados a seguir.

Tabela 19 – Conhecimento das Doenças Crônicas pelos indivíduos do Grupo Base Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
HIPERTENSÃO	
Não sabe o que é Hipertensão	41,16%
Não respondeu OU Não sabe as causas prováveis do aparecimento de Hipertensão	70,46%
Sabe o que é Hipertensão	58,80%
Sabe as causas prováveis do aparecimento de Hipertensão	29,40%
Total	100%
DIABETES	
Não sabe OU Não respondeu o que é Diabetes	52,92%
Não sabe as causas prováveis do aparecimento de Diabetes	35,28%
Sabe o que é Diabetes	47,04%
Sabe as causas prováveis do aparecimento de Diabetes	0 %
Sabe parcialmente as causas prováveis do aparecimento de Diabetes	64,68%
Total	100%

A análise dos dados acima reforçam as conclusões descritas anteriormente, no qual a doença crônica HAS deve ser tema prioridade para desenvolvimento do Roteiro Artístico. Percebe-se que cerca de 71% dos entrevistados desconhecem as causas do aparecimento da HAS e que o quantitativo de pessoa que sabem o que é HAS (59%) é um percentual próximo ao quantitativo de pessoas que não sabem o que é (41%). Logo este é um tema prioritário para ser abordado na intervenção artística, visto que tais percentuais devem ser melhorados nesta comunidade.

Em relação à Diabetes percebe-se que é tema que pode vir a ser desenvolvido em pesquisas futuras. Visto que cerca de 53% dos entrevistados desconhecem o que seja Diabetes e que o quantitativo de pessoa que não sabem as causas prováveis do surgimento da Diabetes (35%), acrescido do percentual de pessoas que sabem parcialmente o que é (65%), somam um total de cerca de 100% de pessoas que não tem conhecimento das causas que favoreçam o surgimento da doença.

5.1.5.4.1 Assunto de interesse individual

Neste tópico foi realizado a pergunta: “O que você gostaria de saber ou entender melhor em relação a sua saúde, ou medicamentos que faz uso ou sua doença? Especifique”. Este tópico foi utilizado para selecionar os temas de interesse do grupo base, que irá compor o Roteiro Artístico para a criação do espetáculo cênico. Os temas apresentados pelos indivíduos foram agrupados em 05 categorias que seguem abaixo.

Tabela 20 – Respostas dos indivíduos do Grupo Base sobre temas de interesse pessoal para conhecimento - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos	Frequência Relativa
Saber sobre sua doença ou tratamento atual	47,10%
Não tem interesse em saber algo mais	29,41%
Sobre Drogas e Álcool	11,76%
Sobre fitoterápicos, plantas medicinais ou chás	5,88%
Não respondeu	5,88%
Total	100%

A análise dos dados acima nos permite discutir questões importante do estudo. A primeira refere-se à seleção de temas a serem utilizados para compor o Roteiro Conceitual e por consequência fazer parte da apresentação artística – o Vídeo. A segunda diz respeito a importância do profissional farmacêutico no CSC e seu contato com a comunidade.

Em relação a primeira questão temos um percentual de 47,10% dos indivíduos interessados em saber sobre sua doença atual ou seu tratamento atual. Logo este percentual vai ao encontro a prioridade na escolha da Hipertensão como doença que atinge maior parte dos indivíduos do estudo, já apresentado no item “Conhecimento sobre seu estado de Saúde”, tabela 13, confirmando e validando esses resultados.

A segunda questão, a ser discutida, no momento, é que a análise da resposta 1 temos algumas falas que sugerem a necessidade de abordagem de aprendizagem diferente da abordagem utilizada até o momento. Além de reforçar pontuações, já realizadas, sobre acreditar-se que a falta de Farmacêutico na equipe, proporciona o surgimento destes temores relacionados ao uso de seus medicamentos, avaliação do tratamento medicamentosos e da eficiência e/ou necessidade dos medicamentos utilizados. E que a

presença deste profissional deve ser pensada a fim de auxiliar e atender a demanda da população, conforme nos relata a fala dos indivíduos abaixo:

Quero saber se está funcionando o medicamento. Ou se tenho que trocar de medicamento. (Indivíduo)

Quero saber porque tomar 03 remédios para pressão alta. (Indivíduo)

5.1.5.5 Diagnósticos de causas de não controle de doenças crônicas

Para conhecer o diagnóstico de causa de não controle de doenças crônicas pelos indivíduos acometidos por elas, foi realizada a seguinte pergunta: “Porque você(s) acha(m) que uma pessoa não consegue controlar sua doença. Por exemplo, a Diabetes e Hipertensão?” Ao longo da conversa, a mesma pergunta foi sendo feita de modos diferentes, por meio de exemplos com amigos e vizinhos. Para que os presentes no encontro pudessem se sentir à vontade para darem suas opiniões.

Todas as respostas dadas foram anotadas no Diário de Campo, e agrupadas por similaridade. As respostas agrupadas, foram lidas para o grupo, a fim de verificar se o mesmo concordava em manter a resposta, OU não OU acrescentar outras. Ao final, obteve-se 08 grupos de prováveis diagnósticos de causas de não controle das doenças crônicas. A seguir apresentamos os diagnósticos elencados.

Tabela 21 – Respostas dos indivíduos do Grupo Base sobre causas de não controle de doenças crônicas - Palmas/TO, 2016

Resposta dos Indivíduos
Diagnóstico 1 - “Não quer mudar hábito, não quer deixar de lado o que é acostumado a fazer.”
Diagnóstico 2 - “Porque é difícil tratar a doença, porque vai do organismo da pessoa. Tem gente que consegue e tem gente que não consegue.”
Diagnóstico 3 - “Porque as pessoas usam o medicamento e então acabam abusando do corpo, porque acredita que o medicamento vai resolver o problema.”
Diagnóstico 4 - “Penso que quem tem autoestima consegue vencer a barreira de conviver com a doença ou de mudar o hábito de vida que tinha a tantos anos.”
Diagnóstico 5 - “A pessoa tem que assumir que tem o problema e tudo resolve.”
Diagnóstico 6 - “Quem tem colesterol alto vai morrer, e você que não tem

colesterol alto, não vai morrer não?”

Diagnóstico 7 - “Ter problemas familiares, as tristezas que passam em casa. As raivas que passam em casa, com os familiares. As tristezas... e não ter com quem dividir as responsabilidades e as tarefas. Isso tudo é muito pesado... E aí a gente não consegue controlar as doenças.”

Diagnóstico 8 - “A gente às vezes passou dificuldades ao longo da vida, e agora que tem condição de comer alguma coisinha, não pode!”

Os diagnósticos descritos acima, reforçam situações apontadas anteriormente, tais como: o fato de que a comida gerar prazer e esse prazer deve ser negociado entre o indivíduo e o profissional de saúde para que se chegue a um consenso a fim de obter sucesso terapêutico. Além de ressaltar a questão da necessidade de que o indivíduo compreenda realmente sua doença, e que essa compreensão seja capaz de levá-lo a aceitar a necessidade de mudar e conviver sadicamente com sua enfermidade. Neste ponto acreditamos que a intervenção artística possa contribuir para facilitar a compreensão, o entendimento e a mudança nos hábitos.

Outro ponto refere-se aos sentimentos dos indivíduos, suas sensações, tristezas e necessidades. Quando o indivíduo relata que suas emoções ou sentimentos alteram sua capacidade de cuidar de suas doenças, este é um fato que não pode ser excluído durante a negociação profissional de saúde/indivíduo e nem do esquema terapêutico a ser prescrito. O mesmo acontece com os sentimentos que levam o indivíduo a sentirem-se pessoas doentes e isso os leva a se sentirem excluídos da sociedade. Quando o indivíduo diz: *“Quem tem colesterol alto vai morrer, e você que não tem colesterol alto, não vai morrer não?”*, esse diagnóstico reflete a questão de que o doente se sente excluído na sociedade por ser doente. Embora ele diga ser uma pessoa igual àqueles que não estão doente, porque sabe que todos vão morrer, estando doentes ou não. Logo é necessário dar atenção ao fato de que a doença pode ser considerado um fator excludente para o doente e isso pode vir a atrapalhar a convivência do indivíduo consigo mesmo e seu tratamento. Logo a humanização do cuidar (de quem cuida - quanto profissional; e de quem se cuida - o indivíduo em si) é uma possibilidade de preencher esse vazio percebido nesta etapa da pesquisa. Lembrando que somos seres complexos e que as emoções, sensações, sentimento nos fazem ser (feliz ou infeliz, com saúde ou sem saúde) e não ser (feliz ou infeliz, com doenças e sem doenças).

5.2 O ROTEIRO CONCEITUAL

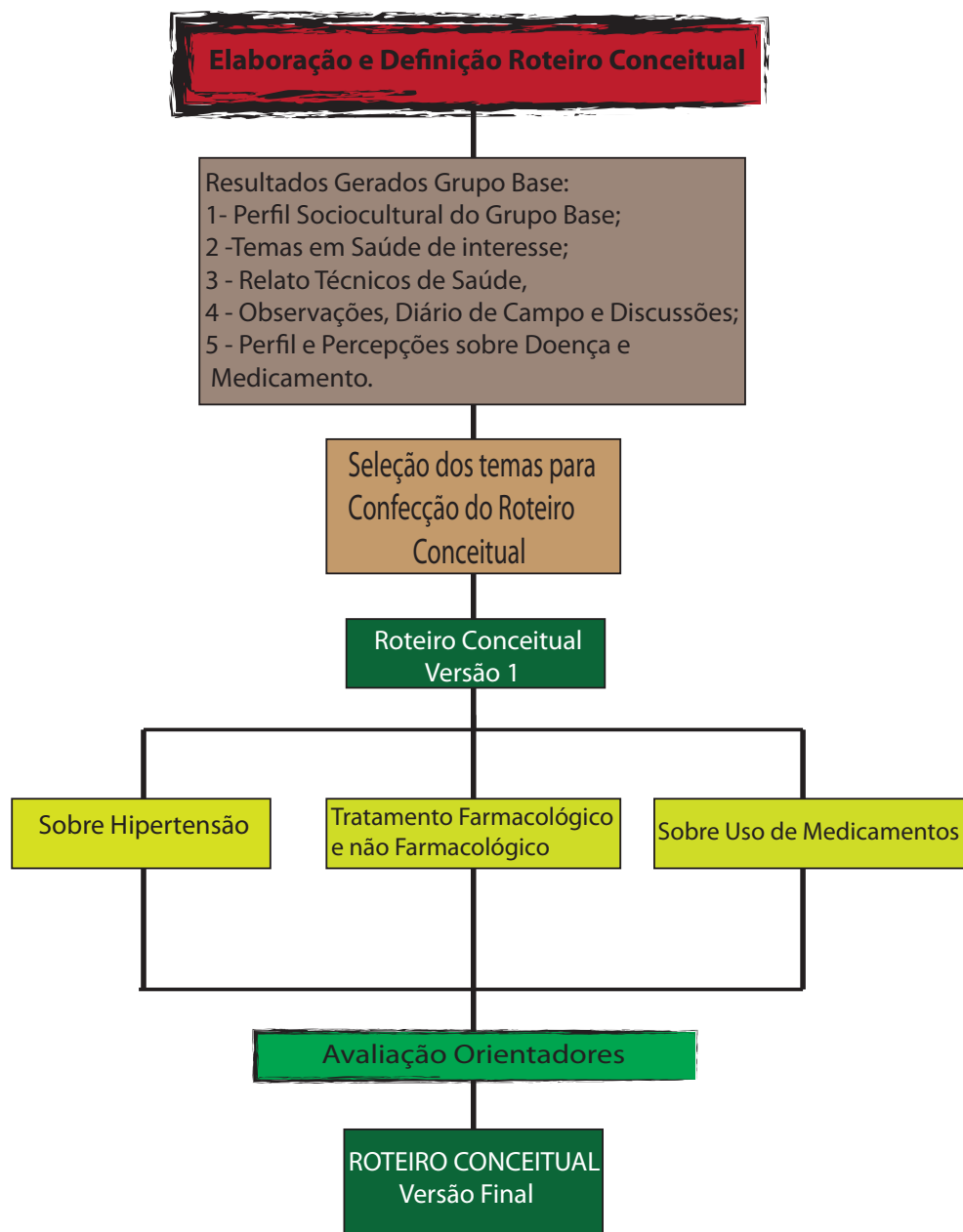
O Roteiro Conceitual foi construído a partir da análise dos resultados obtidos em cada um dos 05 tópicos apresentados no fluxograma 3, representando as etapas de coleta, informações e resultados: (1) Apresentação do Perfil sociocultural do Grupo Base; (2) Temas em Saúde de Interesse do Grupo Base; (3) Relato do Técnico de Saúde sobre principais dificuldades dos indivíduos da 403Sul em relação ao medicamento; (4) Observações – Diário de campo e Discussões em Grupo; e (5) Percepções de Saúde dos Indivíduos - Grupo Base.

Selecionamos em cada tópico, citado anteriormente, os temas de interesse pessoal, as dúvidas mais frequentes e os assuntos ou temas desconhecidos ou de conhecimento equivocado que mereciam destaque dentre os demais. Esta seleção nos levou a separar os temas para confecção do Roteiro Conceitual a fim de guiar a construção do Roteiro para criação artística.

Após análise dos resultados descritos até o momento selecionou-se portanto o tema de interesse e os objetivos a serem alcançados com o vídeo. O Roteiro Conceitual e o Roteiro Artístico são portanto o resultado do desejo, do interesse e da prioridade do Grupo Base. O tema do vídeo é portanto Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), já que 59% dos indivíduos do Grupo Base declaram possuir hipertensão, 82% tomam inadequadamente o medicamento prescrito, os indivíduos utilizam entre 02 e 10 medicamentos diferentes e 71% não sabe as causas do surgimento da HAS e 47% deseja saber sobre sua doença atual. Embora 60% dos indivíduos frequentem o CSC entre 05 e 14 anos. Assim sendo, o fluxograma 5 e 6 representam a construção do Roteiro Conceitual e Artístico para os resultados obtidos com o Grupo Base.

O Roteiro Conceitual contém 03 domínios que foram utilizados para confecção do Vídeo: (1) Sobre Hipertensão; (2) Tratamento Farmacológico e não Farmacológico; e (3) Sobre o Uso de medicamentos. Esse roteiro foi avaliado pelos orientadores e sua versão final segue em anexo (APÊNDICE I). A figura 6 representa as etapas realizadas nesse processo.

Fluxograma 6 – Etapas para elaboração e Definição do Roteiro Conceitual.



Fonte: Elaboração própria autora.

5.3 ROTEIRO ARTÍSTICO

A partir do Roteiro Conceitual, foi criado o Roteiro Artístico, no intuito de responder de modo claro, artístico e objetivo as perguntas de cada um dos tópicos do Roteiro Conceitual. No tópico 1 - “Sobre Hipertensão” foi trabalhado as cenas para responder as questões referentes as seguintes dúvidas ou questionamentos: (a) O que é isso

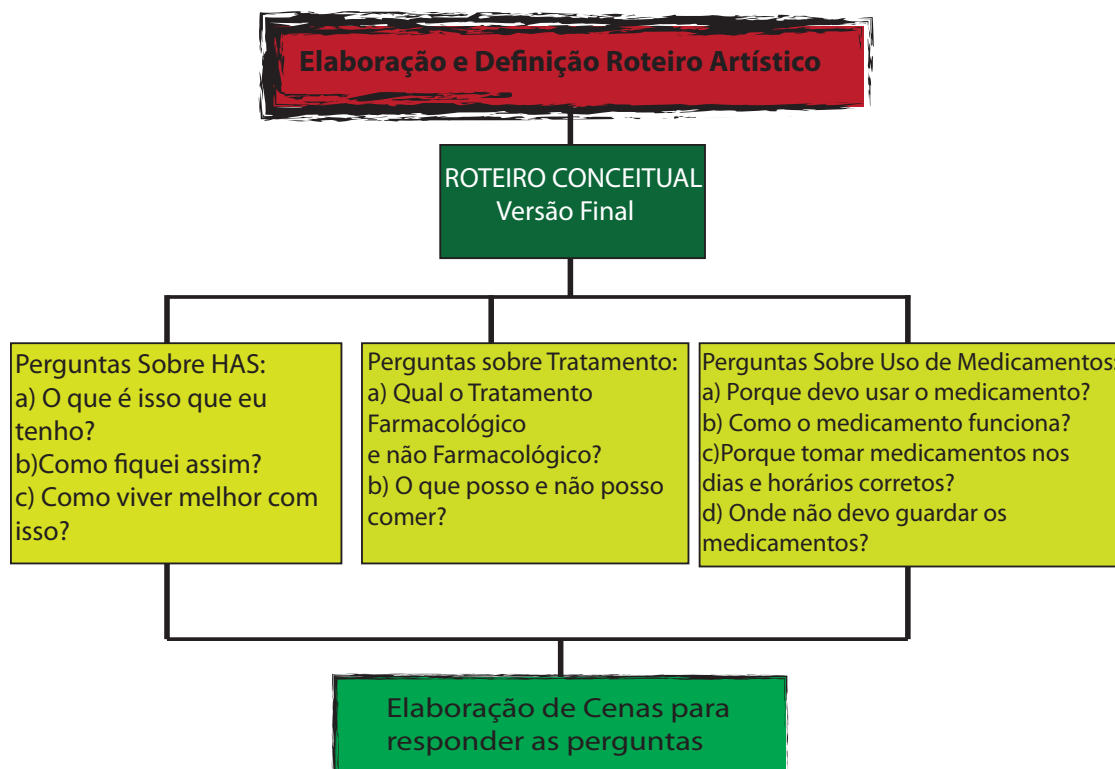
que eu tenho? Ou Que doença é essa?; (b) Como fiquei assim? Ou Como se “pega essa coisa”?; e (c) Como curar Ou Como Viver melhor com isso?.

No tópico 2 – Tratamento Farmacológico e não Farmacológico, foi criado cenas para responder as questões “O que posso comer e não posso comer”, uma vez que os indivíduos tem interesse em entender melhor o que se pode ou não e porquê. Nesse tópico foi abordado também as alternativa para o tratamento farmacológico e não farmacológico.

No terceiro e último tópico criou-se as cenas para responder as questões referentes ao “Sobre Uso de medicamentos”. Neste item abordamos as perguntas de maior incidência e/ou interesse do Grupo Base, sendo elas: (a) Porque devo usar esse medicamento(s)?; (b) Como o medicamento funciona? (c) Porque não posso deixar de tomar meus medicamentos nem um dia ou horário?; (d) Onde devo evitar guardar o medicamento Ou Qual melhor lugar para guardar meus medicamentos?.

As cenas criadas para responder as perguntas dos tópicos 1, 2 e 3, determinaram assim o objetivo final do vídeo, uma vez que o tema (HAS) já havia sido determinado no Roteiro Conceitual. Os objetivos do vídeo são portanto: Que o indivíduo saiba o que é HAS; Como alguém fica com HAS; Como alguém sabe que está com HAS; Porque alguém com HAS deve se cuidar; O que uma pessoa com HAS deve fazer para se cuidar em relação a atividades físicas e adequar alimentação; O que acontece com a pessoa que não cuida da HAS; Como funciona o Diurético e o Atenolol; Em que lugar não se deve guardar os remédios; Como uma pessoa deve tomar os medicamentos (respeitando sempre os mesmos dias e horários). A seguir a figura 7 representa as etapas descritas acima, de forma ilustrativa.

Fluxograma 7 – Etapas para elaboração e Definição do Roteiro Artístico



Fonte: Elaboração própria autora.

O Roteiro Artístico foi desenvolvido pelo artista João Vicente, profissional licenciado em Teatro pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), artista da dança e diretor artístico da Lamira Artes Cênicas. O artista possui em seu currículo a direção e criação de diversos espetáculos cênicos. Para a confecção do Roteiro Artístico houve auxílio da pesquisadora, mestre em Inovação Terapêutica, artista e diretora geral da Lamira Artes Cênicas. Segue em anexo o Roteiro Artístico para a pesquisa (APÊNDICE J).

5.4 PROCESSOS PARA DEFINIÇÃO DA LINGUAGEM E CARACTERÍSTICAS ARTÍSTICAS DO VÍDEO

Nesse tópico será apresentado as etapas realizadas, ainda, na fase 1 da pesquisa sobre a Elaboração e Validação do Vídeo Artístico, referente aos procedimentos efetuados para Definição da Linguagem e Características Artísticas do Vídeo. Apresentaremos a figura 8 que representa a expansão do fluxograma 1 – Construção e Validação do Vídeo Educativo, referente a etapa para Definição da Linguagem e Características Artísticas do

Vídeo. O objetivo da execução da fase da pesquisa é validar o vídeo, produzido na pesquisa, pelos juízes e comunidade em geral.

5.4.1 A Ideia Inicial - Momento 1

A ideia inicial (Momento 1) para a produção e execução do Material Educativo Audiovisual era contratar profissionais das artes cênicas, para serem atores, e empresa jurídica legalmente constituída para realizar a criação, elaboração, execução e finalização do vídeo. Iniciamos nesse momento, em paralelo, os trabalhos com o Grupo Base (GB). No entanto, após 24 meses de tentativas e aguardos, não houve obtenção de recurso para esse fim.

5.4.2 Ideia 2 - Momento 2

Pensamos então, na ideia 2 (momento 2), em gravar com a comunidade para reduzir custos com elenco, e fazer parceria com o CSC do Grupo Base para que as locações (espaços para gravação das cenas) fossem igualmente sem custo. Aguardávamos ainda, uma resposta de recurso para contratação de uma empresa para realizar as filmagens, mas não foi efetivado. Continuamos, em paralelo, com os trabalhos com o GB. Os personagens principais, seriam portanto, as pessoas da comunidade que se candidatassem. Para tanto, iniciou-se aulas de dança, alongamento, voz e jogos teatrais com a comunidade. Foram realizados 7 encontros com a comunidade em 2015, sempre às quintas-feiras no período da tarde no próprio CSC 403Sul. Em todas as aulas foram anotados as práticas ensinadas e feita a lista de presença dos participantes. Nesse período realizamos algumas gravação das aulas e depois passamos para a própria comunidade, no dia padrão de encontro do Grupo Base. Essa ação teve o intuito de que eles se vissem na TV e tivessem estima para continuar o processo ou elencar novas pessoas para esse processo, pois a frequência nessas aulas não eram constante. No entanto, como são pessoas comuns e em sua maioria idosos, percebeu-se que essa etapa demandaria muito tempo até que os participantes da aula se sentissem mais à vontade e com pouca timidez para serem gravados.

Durante essa etapa percebemos as limitações que ocorriam nesse processo, visto que os indivíduos que compareciam as aulas, eram pessoas idosas com múltiplos problemas de saúde. Além das limitações pessoais dos indivíduos (dificuldade de locomoção, voz trêmula, dificuldade na coordenação motora, timidez, vergonha e desconhecimento do que poderia causar na família e na comunidade se outros à(o) visse no vídeo fazendo algo, questões de ordem familiar/religiosa, falta de tempo por terem outras

obrigações em casa, tal como cuidar de netos, fazer o almoço, dificuldade de conciliar o tempo e a agenda das pessoas para a atividade, o ensaio e gravação); existiam as limitações de logística (falta de local para realizar o ensaio, falta de locação para a gravação, dificuldades com o clima – muito sol ou muita chuva, falta de objetos/figurino/material de cena). E as limitações de equipe, pessoal e equipamentos para realizar a gravação e ensaios com a comunidade (falta de verba para contratação de pessoal especializado para auxiliar no roteiro, nos testes de cena e desenho visual das cenas que comporiam o vídeo, gravar as cenas, falta de equipamento adequado a gravação das cenas, falta de equipamento adequado para captação de som, luz e imagem).

A pesquisa contou apenas com a pesquisadora e o artista convidado, João Vicente, para a execução de todas as etapas e processos que compõem a obtenção de um vídeo artístico e educativo: elaboração de roteiro artístico (sinopse/storyline, argumento, roteiro e Storyboard), gravação (obtenção e montagem das cenas na sequência pretendida), edição (sincronia entre imagens, sons/músicas e falas) e finalização. Portanto, ao fracassar essa segunda ideia, partimos para escolher um outro modo de realizar o vídeo sem custo e personagens reais. E já sabíamos que o vídeo seria uma produção caseira e amadora, pois não obteve-se recurso, porém com cuidado estético e ético.

5.4.3 Ideia 3 - Momento 3

Paralelamente as etapas descritas anteriormente (ideia 1 e 2), foi-se desenvolvendo a elaboração do Roteiro Conceitual e Artístico (descritos na tese, capítulo de metodologia). Não sendo possível continuar com as ideias iniciais, demos início a ideia número três (momento 3). Nessa fase experimentou-se realizar as cenas com fantoches (2 bonecos: um feminino e outro masculino), para serem os personagens principais. Gravamos a primeira cena, com o as falas descritas no roteiro.

Primeiramente, foi apresentado para o GB as falas desses personagens, bem como já havia feito a escolha do nome dos personagens principais. A primeira cena (cena 1) tinha duração de cerca de 2 minutos e eram composta por: Encontro do senhor Domingos com sua amiga D. Erondina; relato dos sintomas de saúde sentidos pelo Sr. Domingos; Indicação da procura de um médico pela D. Erondina; despedida dos personagens e ida ao médico). Sempre houve a apresentação das cenas/falas/ideias/personagens/cores para a comunidade, uma vez que eles eram os agentes ativos da construção do vídeo.

Mostrou-se a cena 1 para a comunidade, no dia dos encontros semanais do GB, foi anotado todas as sugestões ditas por todos os presentes (comunidade, profissionais de

saúde, crianças, residentes de medicina), inclusive as sugestões de como deveriam ser criadas as próximas cenas. Essa cena e a utilização dos fantoches, embora aceita pela comunidade, foi uma ideia descartada, pois a pesquisadora e o artista perceberam que por muitas vezes houve problema de captação do áudio e enquadramento dos personagens na câmera. Esse problema era esperado, visto que não existia local, pessoa e equipamentos adequados a finalidade.

5.4.4 Ideia 4 - Momento 4

Sendo assim iniciamos a execução da nova ideia (momento 4), na qual gravaríamos usando recursos de personagens sendo objetos fixos e os elementos de cena sendo instrumentos que tivéssemos disponíveis em casa ou que pudessem ser construídos/adaptados/desenhados. Usamos os recursos de animação (*Stop Motion*) para algumas cenas, associados a imagens, objetos e sons que despertassem a atenção e o interesse. Incluiu-se personagens com vozes engraçadas e caricatas, para causar simpatia e aproximação do público com os mesmo. As imagens selecionadas, optou-se por usar as que não apresentasse pessoas reais, priorizando desenhos (no qual não houvesse direito autoral declarado) para que tivesse alcance e aceitabilidade desejada.

Em relação aos elementos de cena, escolheu-se os que fossem mais simples, para despertar no público sua imaginação em complementar ou tornar imageticamente o que de fato seria para cada expectador. A escolha do nome dos personagens sofreu modificações ao longo do momento 3 (nomes de indivíduos do GB) e momento 4 (manteve-se apenas o nome real do médico, como homenagem). Artisticamente decidiu-se que o nome do personagem principal deveria fazer alusão a sua problemática (Sr. *Salustiano*). A comunidade permitiu usar seus próprios nomes, mas depois percebeu-se que seria mais interessante generalizar, para não causar possível desconforto nas pessoas que cederam seus nomes se verem representadas como objetos reutilizados.

A definição dos horários para filmar, foi uma etapa que reduziu a velocidade de finalização do vídeo. Pois tínhamos que estar atento a questão da luz/iluminação no horário das gravações, para que sempre se tivesse a mesma “claridade”, quantidade de luz em todas as cenas. Atentou-se para escolher um horário no qual o calor fosse mais suportável. Além de atentar para escolher um horário que não houvessem sons externos altos, já que não havia estúdio, evitou-se horário de passagem de carro de som/propaganda, horários de saída para trabalho e retorno do trabalho, ou horários de trabalho de pessoas que dificultassem nossa captação de áudio (trabalho de pessoas na construção civil ou limpeza

urbana tanto passagem de lixeiro quanto máquinas de limpeza dos lotes vazios pela prefeitura). As cenas foram filmadas na casa da pesquisadora, prioritariamente ao fim do dia (16h).

A escolha do tipo de letra, tamanho, formato e destaque no papel foram procedimentos realizados para dar sensação de ação durante as explicações, além de ser um fator de preenchimento de tempo enquanto se diz a explicação. Todos os diálogos, explicações e falas científicas foram apresentadas ao artista e esse traduzia para sua linguagem leiga tanto as explicações científicas dadas pelo médico quanto a explicação resumo dada pelo personagem principal.

O processo de edição e sincronia entre imagem, som e fala foi uma etapa que demandou tempo, em virtude de não se ter domínio e conhecimento e nem programa adequado a edição e finalização de vídeo. A montagem das cenas e as gravações de áudio, foram feitas separadamente e posteriormente unidas.

A etapa de transformação dos conceitos científicos em linguagem para ser utilizada tanto pelo médico (personagem acadêmico) quanto pelo personagem principal (Sr. Salustiano – pessoa leiga), foi a mais lenta. Pois, mesmo as explicações científicas dadas pelo médico, sofreram adaptação para usar o menor quantitativo de termos técnicos. Objetivava-se que a linguagem do médico já fosse uma linguagem mais acessível. Nessa etapa, a pesquisadora explicava ao artista o que era determinado conceito/processo/doença e este dizia se de fato havia ou não entendido. Essa etapa e a etapa seguinte foram as mais árdua, sendo possível tomar consciência do quão se pensava estar falando de maneira simples e acessível de entender, mas na prática isso não ocorria. Além de demonstrar que o que se pensa para uma cena nem sempre é a mais indicada para ser a síntese do que se deseja transmitir.

A etapa final para definição das linguagens e características artísticas e científicas do vídeo foi a de encontrar a melhor forma de explicar e definir conceitos e comportamentos para o personagem principal de forma simples, rápida e com o material que tínhamos. Por exemplo, para criar as ilustrações sínteses da mamadeira e do bebê (porque tomar medicamento sempre nos mesmo dias e horários) e do carro de corrida (mecanismo de ação do Atenolol), foram situações finais que demandaram criação/recriação e percepção/avaliação de cenas e situações anteriores que não deram certo, bem como de questionar continuamente se não havia um modo ainda mais rápido para entendimento e execução simplória. Nessa etapa foram criadas muitas cenas que

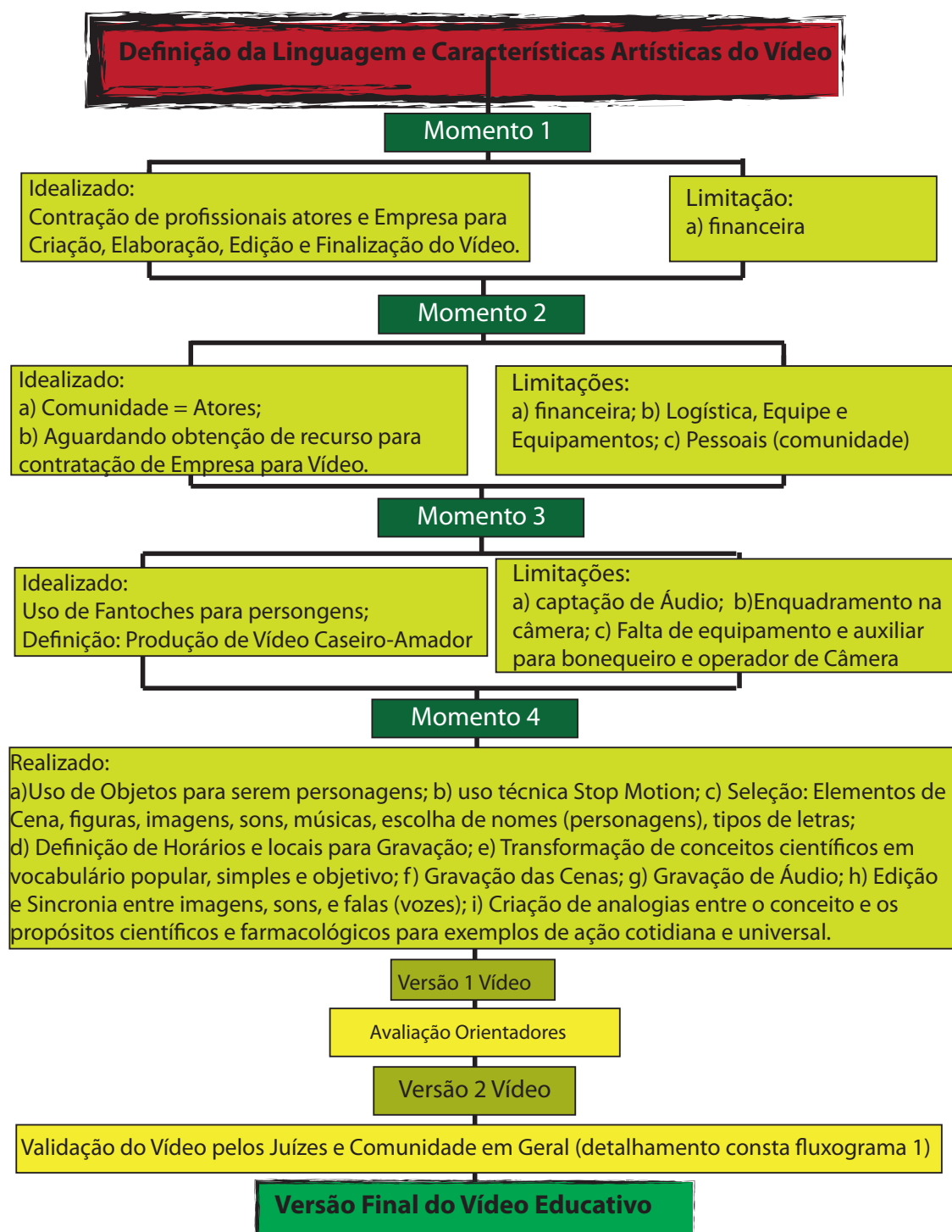
foram descartadas por não conseguirem ser sintéticas e de fácil execução para as condições que se tinha.

As definições das etapas apresentadas anteriores foram realizadas em paralelo com a gravação das cenas do vídeo. A gravação das cenas ocorreu juntamente com a elaboração/reelaboração dos objetos de cena. Acessando constantemente o Diário de Campo para utilizar palavras e modos de expressão similares ao do GB e seus profissionais. Além da verificação constante do Roteiro Conceitual para não escapar ao tema e objetivos propostos pelo vídeo. Essa etapa forneceu, portanto, a primeira versão do vídeo (1ª versão).

Essa 1ª versão foi enviada aos professores orientadores e eles fizeram a avaliação do material. Foi sugerido mudança de algumas falas, inclusão de detalhes relacionados ao tempo que Sr. Salustiano comia comidas industrializadas e solicitação de exclusão da parte do vídeo relacionada as plantas medicinais. No capítulo resultados será apresentado os motivos pelo qual foi excluído as plantas medicinais.

Após essa avaliação foram realizadas as mudanças no material e originou a 2ª versão. Essa versão foi encaminhada para a validação do vídeo com juízes e comunidade, conforme será apresentado no tópico Validação do Vídeo Artístico. Após a validação, foi realizadas as modificações sugeridas e elaborada assim a versão final do vídeo (3ª versão). Toda a gravação, edição, finalização foi realizada em computador com sistema operacional Mac OS, programa *iMovie*, pertencente a *Apple*®. O link do vídeo 1ª versão **Uma História ImpRESSÃOante**: <https://youtu.be/9lhWXYDjYwc> (34' minutos). Link do Vídeo finalizado versão final (3ª): <https://youtu.be/k-FiEHsA6oY> (32' minutos).

Fluxograma 8 – Momentos e Etapas para Definição da Linguagem e Características Artísticas do Vídeo



Fonte: Elaboração própria autora.

5.5 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO VÍDEO ARTÍSTICO

O vídeo foi validado pela comunidade e por profissionais da Saúde. O número de indivíduos correspondentes à comunidade foram um total de 10 indivíduos distribuídos em: 06 indivíduos que disponibilizaram participar da validação no CSC 403Sul nos dias da coleta e também moradores pertencentes à essa região Sudoeste. Além de 04 indivíduos pertencentes à outras regiões da cidade (área Sudeste, área Nordeste).

O vídeo também foi avaliado por 10 profissionais da área de saúde, os integrantes eram de 03 estados diferentes (02 de Pernambuco, 02 de Tocantins e 06 do Rio Grande do Sul).

5.5.1 Resultados da Comunidade

Os resultados da comunidade serão apresentados conforme os domínios de análise proposto por Doak, 1996, que corresponde à: compreensão, atratividade, aceitação cultural, auto-eficácia e persuasão. A tabela a seguir apresenta os domínios analisados e os itens constitutivos de cada um dos domínios avaliados.

Tabela 22 – Domínios analisados por meio da avaliação dos itens que os constituem*, adaptado de Doak, 1996

Domínio	Item avaliado
Compreensão	1. Você acha que o vídeo é consegue explicar sobre o que causa o surgimento da pressão alta em alguém; e o que pode comer e o que não pode comer quando está com pressão alta? 4. Você acha que o vídeo consegue explicar sobre o que se deve fazer para baixar a pressão? 5. Você acha que o vídeo é consegue explicar porque se deve usar medicamento sempre nos mesmos dias e horários; e onde se deve evitar guardar o remédio? 11. O vídeo usa alguma palavra, som, imagem ou desenho estranho, difícil ou que lhe causa desconforto? Algo mais no vídeo lhe é esquisito, desconfortável ou ruim? 14. Me diga com suas palavras, sobre o que fala o vídeo? Algo mais?
Atratividade	10. O(a) personagens são interessantes? O que achou das cores e das imagens do vídeo? (Se não gostou de algo, poderia me dizer o quê?) 13. Dá vontade de assistir o vídeo? A voz está clara? (Se não, poderia me explicar o por quê?)
Auto-eficácia	3. O(a) senhor(a) estaria disposto à comer mais frutas, verduras e fazer atividade física 3x na semana, por 30 minutos, após assistir esse vídeo? 6. Como o (a) senhor(a) explicaria para um familiar ou amigo porque a pessoa tem que tomar medicamento sempre na mesma hora e nos mesmos dias que o médico mandou? 8. Qual parte da história do vídeo que o(a) Sr.(Sra.) não conseguiria explicar à alguém?
Aceitação	9. O que você achou do tempo de duração do vídeo?
Cultural	
Persuasão	2. O(a) senhor(a) acha que seus familiares ou amigos, conseguiriam reduzir a quantidade de sal na comida e não comer comida gordurosa, após ver o vídeo? 7. O(a) senhor(a) acha que seus familiares ou amigos, conseguiriam entender como funciona um Diurético e o Atenolol, após assistirem esse vídeo? 12. O(a) senhor(a) acha que esse vídeo seria interessante para alguém que você gosta ou conhece?

*Versão em português ADAPTADA de: Doak CC, Doak LG, Root JH. Learner Verification and Revision. In: Teaching patients with low literacy skills. Pennsylvania: J.B. Lippincott Company; 2nd ed. Philadelphia; 1996. p. 203-206.

A validação do Material Educativo Audiovisual (MEA) pela comunidade a que se destina é de extrema importância visto que são eles, essas pessoas, que irão usufruir do

MEA e os que medem em verdade os domínios vinculados a avaliação do material (FERNÁNDEZ; MANRIUQE-ABRIL; SAAVEDRA, 2010). A tabela a seguir apresenta o nível de desempenho de cada domínio avaliado pela comunidade.

Tabela 23 - Pontuação de aceitação pela comunidade quanto às instruções apresentadas no MEA para cada um dos domínios - Palmas/TO, 2016

Domínio	Nível atingido para cada domínio (%) N=10
Compreensão	80,0
Atratividade	100
Auto-eficácia	60,0
Aceitação cultural	100
Persuasão	90,0

A seguir apresentamos as respostas dos usuários que sugeriram restrição ao objetivo de cada item do domínio, visto não terem atingido o percentual de 100%. As afirmações das pessoas foram aceitas e o MEA foi portanto modificado para atender as sugestões declaradas abaixo. Após essas modificações o MEA foi apresentado aos profissionais de saúde.

Tabela 24 - Respostas da comunidade que sugeriram restrição quanto à compreensão, persuasão e auto-eficácia do material educativo audiovisual - Palmas/TO, 2016

Domínio	Questão	Usuário	Respostas
Compreensão	1. Você acha que o vídeo é consegue explicar sobre o que causa o surgimento da pressão alta em alguém; e o que pode comer e o que não pode comer quando está com pressão alta?	U10.	Sim. Dá. Mas não detalhado, fala mais é do sazón. Alavanco e depois fala dos doces. Pode melhorar, tem que separa os doces dos salgados. Eu mesmo gosto é de doce.
		U09.	Sim. Se prestar atenção, no

			vídeo, sim ele consegue. Mas às vezes a linguagem está rápida. Tinha que falar mais devagar.
	4. Você acha que o vídeo consegue explicar sobre o que se deve fazer para baixar a pressão?	U03.	Acho que sim.
	11. O vídeo usa alguma palavra, som, imagem ou desenho estranho, difícil ou que lhe causa desconforto? Algo mais no vídeo lhe é esquisito, desconfortável ou ruim?	U05.	Não me causa desconforto. Mas na imagem as frutinhas estavam mais bonitas do que as que aparecem no início, as naturais. Mas eu também não gosto de fruta.
Persuasão	7. O(a) senhor(a) acha que seus familiares ou amigos, conseguiriam entender como funciona um Diurético e o Atenolol, após assistirem esse vídeo?	U09.	Eu já sei, mas acho que a pessoa acha que diurético é só para urinar. O outro (Atenolol) não ficou claro.
Auto-eficácia	8. Qual parte da história do vídeo que o(a) Sr.(Sra.) não conseguiria explicar à alguém?	U09.	Algumas sim, outras não
		U06.	Acho que do Atenolol, achei difícil de explicar.
		U09.	A parte do bebê é complicado. Não muito exato. Achei um pouco infantil, as pessoas podem não dar atenção por ser infantil.
		U10.	A parte de separar o grupo de alimentos que pode e não comer. Tem que separa as conserva, os salgado e os doces. E também aumentar o áudio.
		U03.	Nenhuma, mas me confundo um pouco com os remédios (diurético e Atenolol).

5.5.2 Resultados dos Juízes – Profissionais de Saúde

Apresentamos a seguir os resultados da validação do vídeo pelos juízes, profissionais de saúde (médica, farmacêuticos, enfermeiros). Um painel de 10 especialistas analisaram o material educativo, mediante formatos de avaliação que estão descritos em métodos.

Avaliou-se cada item em separado associando à avaliação qualitativa do respectivo comentário do juiz, quando ocorreu, conforme descrito em metodologia.

Tabela 25 - Resultado da avaliação do MEA pelos profissionais de saúde (juízes) dos estados de Pernambuco, Rio Grande do Sul e Tocantins, 2016

Domínio	Nº itens*	Opções**	Frequência de resposta por profissional										Total (%)	Total Aceitos (%)
			P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10		****
1 Exatidão científica	2	DT	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	6,25
		CP	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	25	100
		CT	1	2	2	2	0	1	2	1	2	1	70	-
2 Conteúdo	4	DT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
		CP	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	10	0
		CT	4	4	4	4	3	2	4	4	4	3	90	-
3 Apresentação Audiovisual	6	DT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
		CP	0	0	2	0	2	2	1	4	0	1	20	30,76
		CT	6	6	4	6	4	4	5	2	6	5	80	-
4 Ilustrações	3	DT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
		CP	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3,33	100
		CT	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	96,66	-
5 Material suficientemente específico e compreensível	7	DT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
		CP	0	0	3	1	5	0	0	5	0	1	21,42	66,66
		CT	7	7	4	6	2	7	7	2	7	6	78,57	-
6 Legibilidade, Áudio e características do vídeo	7	DT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
		CP	1	0	1	2	0	0	1	1	0	1	10	100
		CT	6	7	6	5	7	7	6	6	7	6	84,28	-
7 Qualidade da informação	3	DT	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3,33	6,25
		CP	2	1	3	0	2	0	0	3	0	0	36,66	90,91
		CT	1	2	0	3	0	3	3	0	3	3	60	-

* Número de itens que foram avaliados para cada um dos domínios

** Opções de resposta: DT= Discordo totalmente; CP= Concordo Parcialmente; CT= Concordo Totalmente

*** Profissionais consultados: P7 = Médica; P9 = Enfermeira; Demais profissionais = Farmacêutico.

**** Total Aceitos (%): Itens modificados no protótipo após avaliação dos profissionais

Cada sugestão dos juízes foi considerada e confrontada com os objetivos do vídeo e com demais sugestões convergentes de outros juízes ou pelo próprio juiz em algum outro momento da avaliação. Sendo assim, não foi considerado uma sugestão a ser acatada pelo quantitativo relativo de seu percentual de aparecimento e sim pela qualidade de contribuir ou não com os objetivos do vídeo e os propósitos educativos do material. Na tabela a seguir apresentamos as justificativas para as sugestões não acatadas.

Tabela 26 - Sugestão dos Juízes e a justificativa para as considerações não acatadas referente a alterações no material educativo, 2016

Aspecto Analisado	Juízes		Justificativa do item Desconsiderado
	Discordo	Concordo Parcialmente	
Exatidão Científica			
As orientações apresentadas são as necessárias e foram abordadas corretamente	Juiz solicita incluir mais informações	-	Desconsiderado pois referem-se a acréscimo de informação não pertinentes ao objetivo do vídeo. Além de perder atratividade e tempo indicado para MEA
Apresentação Audiovisual			
O material encoraja a adesão ao tratamento por meio do balanço entre benefícios e riscos	-	Juiz solicita mudança na palavra do formulário	Desconsiderado, pois não é referente ao vídeo
O planejamento e a sequência das informações estão consistentes, facilitando ao paciente acompanhar o fluxo das mesmas	-	Sugestão referente a dar informações sobre qual o tipo de trabalho/serviço do Seu Salustiano	Desconsiderado, pois sugere acréscimo de informações desnecessárias ao objetivo principal do vídeo.
Material Suficientemente Específico e Compreensivo			
As instruções estão claras, como por exemplo, porque administrar o medicamento sempre nos mesmo dias e horários	-	Juiz aponta que o vídeo não ajudará com intercorrências para HAS uma vez que o paciente já sofreu infarto.	Desconsiderada, pois existe a possibilidade de nova intercorrências ou repetição da mesma, mesmo o indivíduo já tendo infartado
Qualidade da Informação			

As informações estão atualizadas	Juiz repete as colocações do item Exatidão Científica	-	Desconsiderado pois referem-se a acréscimo de informação não pertinentes ao objetivo do vídeo. Além de perder atratividade e tempo indicado para MEA
O material habilita o paciente a realizar as ações desejadas	-	Juiz diz que como existe politerapia entre idosos, existirá uma parcela de idosos que não se identificará com o vídeo.	Desconsiderada, pois comunidade se identificou com vídeo (100% de atratividade e aceitabilidade). Além de ser a HAS uma das doenças crônicas de maior prevalência no País.

O processo de adaptação do material educativo às sugestões dos juízes é uma etapa essencial para tornar o material uma ferramenta mais completa, de maior rigor científico e eficaz durante sua empregabilidade educacional. É um passo bastante laborioso reunir todas as sugestões, analisar e verificar a aplicabilidade da implementação da sugestão e reestruturar o material educativo a fim de satisfazer as propostas, porém ao final percebe-se o grande avanço alcançado e esse ganho será revertido diretamente para o público alvo (LIMA, 2014). Todas as sugestões apresentadas pelos profissionais foram avaliadas por três pesquisadores (02 farmacêuticos e 01 médico) de forma independente e as dúvidas foram relatadas para chegar a um consenso de aceite ou não do exposto pelo profissional de saúde avaliador do vídeo.

A validação realizada pela comunidade e profissionais de saúde permitiu trazer à tona a visão e a contribuição de universos diferentes de entendimento e de anseios para com o MEA. A comunidade nos alertou para as questões de identificação, prazer (ludicidade) e entendimento dos objetivos que desejava alcançar por meio do vídeo; dando voz ao que de fato tinham interesse em esclarecer ou compreender. Enquanto as considerações apontadas pelos profissionais, nos mantinha em conexão com os anseios que essa classe tem em relação ao tema e aos desejos das “mudanças” comportamentais ou de saber em relação a hipertensão arterial dos usuários que atendem. Bem como refletiam os anseios de que os usuários alcançassem índices melhores de adesão as práticas de saúde, mudança de hábitos, conhecimento das causas “científicas” da doença e do uso correto e seguro de medicamentos.

O processo de análise das contribuições das duas fontes (comunidade e profissionais) foi pautado pela busca do ponto de equilíbrio entre os anseios de cada fonte, as necessidades reais de correção e os objetivos pretendidos com o MEA. Todas as ponderações foram consideradas e confrontadas de modo a fortalecer os objetivos do

MEA, sem deixar de lado a questão da estética, da arte, do lúdico e do compartilhamento e construção de saberes em escala poliárquica de igualdade. Uma vez que estes compuseram os fundamentos teóricos para a construção da ferramenta. Esse processo tratou-se portanto, de uma construção compartilhada envolvendo os diversos atores em questão e suas necessidades, em prol do objetivo comum: ser uma ferramenta tanto para usuários quanto para profissionais, validando suas expectativas, anseios e propostas.

5.6 SÍNTESE DOS RESULTADOS FASE 1

De acordo com a efetivação do estudo realizado na Fase 1 – Construção do Material Educativo e Validação do Vídeo para a promoção de conhecimentos e utilização correta e segura de medicamentos em pacientes hipertensos verificam-se os seguintes achados:

- Realizou-se a pesquisa a partir de um Grupo Base, o qual, foi o subsídio para entendimento, conhecimento e construção dos saberes e desejos sobre doença, medicamentos e comportamentos das pessoas desse grupo perante o sistema de saúde e sua saúde;
- O Grupo Base reconhece o médico e a enfermeira como profissionais de saúde, 100% dos indivíduos declaram ter acesso ao sistema por fazerem parte do grupo de idosos do Centro de Saúde da Comunidade e assim terem o acesso a estes profissionais;
- O Grupo Base declara ter insegurança e desconhecimento sobre utilização de medicamentos. Temos que 76% desse indivíduos fazem uso inadequado do medicamento; 53% desse indivíduos querem saber sobre sua doença ou tratamento atual, e o uso de plantas medicinais/chás/fitoterápico; 35% dos indivíduos assumem ter dificuldades de cuidar da própria saúde no que se refere a mudança de hábitos e costumes; 59% da população é hipertensa. Tais achados ressaltam a importância de ter o profissional farmacêutico para suprir essa demanda e ir ao encontro da comunidade, sendo por meio da presença nas equipes de saúde da família e nas unidades básicas de saúde (atual centro de saúde da comunidade), para auxiliar e construir junto ao paciente acordos terapêuticos executáveis e compreensíveis aos mesmos;
- Desenvolveu-se o vídeo Educativo “Uma História ImPRESSÃOante”, com objetivo de promover o conhecimento básico do que seja Hipertensão, causas que levam a ter a doença, o que fazer, o que comer e não comer,

porquê e como utilizar os medicamentos corretamente. Para tanto foi desenvolvido junto a comunidade o Roteiro Conceitual (versão 1), contendo os temas de interesse e elencados como prioridade. O vídeo foi uma construção conjunta de acordo com a metodologia libertadora de Paulo Freire.

- O Roteiro Conceitual foi avaliado pelos orientadores e a versão final (versão 2) foi utilizada para elaboração do Roteiro Artístico.
- O Roteiro Artístico deu origem as cenas iniciais e ao processo de Definição da Linguagem e as Características Artísticas do Vídeo. Ao final desse processo definiu-se: a) a linguagem artística (uso de recursos da animação – *stop motion* -, desenho e uso de imagens e objetos de cena); b) as Características Artísticas do Vídeo (nome personagens, título, características dos personagens, fala, sons, voz, imagens, características dos objetos de cena, vídeo de produção caseira e amadora, entre outras).
- A partir da Definição da linguagem e Características Artísticas do Vídeo seguiu-se a finalização da gravação. A elaboração do vídeo resultou em três versões. A segunda versão foi validada pela comunidade (N=10) e pelos profissionais de saúde (N=10). A etapa de validação com a comunidade, foi analisada por 10 indivíduos e tivemos 100% de concordância em Aceitabilidade e Atratividade. Para o quesito Persuasão tivemos concordância de 90% enquanto para os tributos Compreensão foi de 80% e Autoeficácia de 60%. Foram realizadas as alterações no vídeo para melhorar o percentual na Autoeficácia, Persuasão e Compreensão. Versão final do vídeo número 3.
- A validação do vídeo pelos profissionais de saúde ocorreu segundo os procedimentos sugeridos pela OPAS tivemos 50% dos juízes (profissionais de saúde) aprovaram sem alterações e 50% aprovou sugerindo modificações. Essa etapa da validação foi realizada em paralelo com o recomendado pelo AVALMEI, sofrendo adaptações pois o material educativo avaliado foi um vídeo e não um material impresso. Os resultados para essa etapa da validação forneceu informações sobre perfil comportamental dos avaliadores e avaliação da qualidade de todos os itens em análise e sua relevância independente de sua frequência relativa. A

contribuição das sugestões apresentadas pelos juízes foi avaliada caso a caso, conforme sua capacidade de contribuir com os propósitos e objetivos do vídeo, e não pelo percentual que representavam. Todas as sugestões foram acatadas ou foram justificadas, e a versão final do vídeo foi a de número 3.

6 FASE 2 – UTILIZAÇÃO DO VÍDEO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

6.1 METODOLOGIA UTILIZADA NA FASE 2 – AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÃO EDUCACIONAL.

Foi realizado um quasi-experimento para verificar a efetividade de uma intervenção educativa em saúde, por meio da utilização de um vídeo educacional, comparada com uma intervenção usual – palestra sobre o mesmo tema. A medida da efetividade foi obtida por meio de pré-teste e pós-teste e depois sua comparação.

6.1.1 Identificação da população a ser estudada e sorteio dos CSCs para constituição da amostra

Para a realização do quasi-experimento foi determinado a necessidade da constituição de um grupo intervenção e um grupo controle, sendo que os mesmos deveriam ser constituídos por CSC's que possuísem grupo de hipertensos, com perfil semelhante ao do Grupo Base. Após a identificação dos possíveis candidatos foram realizados dois sorteios para verificar qual grupo seria o Controle e o Intervenção.

Segundo relatado pela secretaria municipal de saúde (SEMUS) todos os 32 CSC's da cidade de Palmas possuem grupos de hipertensos. Desse montante, foi selecionado para compor a população de estudo os CSC pertencentes a regiões com perfil socioeconômico semelhante ao da 403S. A cidade de Palmas é dividida em 06 grandes áreas denominadas segundo sua localização geográfica, pelo IBGE: AR (ÁREA RESIDENCIAL): ARNE-nordeste, ARNO-noroeste, ARSO-sudoeste, ARSE-sudeste, SUL 1, SUL 2. O CSC 403S, está localizada na região da ARSO (Área Residencial Sudoeste) da capital. A ilustração a seguir representa a cidade de Palmas dividida em suas seis áreas de ponderação (GALGANE, 2013).

Segundo nos apresenta Galgane e colaboradores (2013), cada área possui perfil socioeconômico distinto. A área ARSE é a que possui maior número de habitantes. Em contrapartida, a ARNO possui o menor contingente. A ARSO, apesar de se manter num contingente mediano, encontra-se na direção da expansão urbana. A ARNE é a que possui o maior nível de renda (média de R\$2.838,41), enquanto que a ARSE possui a maior contingente populacional e extensão (renda média de R\$2.475,63). As áreas SUL 1 e 2 apresentam as populações de mais baixa renda (média de R\$808,09), que tendem a se deslocar para fora do centro da cidade, não podendo arcar com o alto custo da moradia nestas áreas. A ARNO possui a menor proporção de habitantes e foi ocupada por uma população de baixa renda que acaba sendo ponderado estatisticamente pela existência de lotes de residentes mais ricos localizados na fronteira da área (média de R\$881,89) com a ARNE.

Em relação ao nível de instrução superior completo a ARSO possui maior percentual (26,33%), em detrimento a Sul 1, 2 e ARNO (entre 2,48% e 3,35%). As áreas ARSE e ARSO, englobam os setores de ocupação mais bem remunerados e de maior capital humano em relação ao SUL 1, 2, e ARNO, que apresentam maior percentual da população com nível “sem instrução e fundamental incompleto”. A ARNO apresenta percentual significativo de trabalhadores com carteira assinada, porém eles se concentram em ocupações elementares (serviços domésticos, vendedores ambulantes, coletores de lixo), que se caracterizam por setores de ocupação de remuneração e nível educacional baixo. O mesmo acontece na SUL 2 que apresenta níveis de renda e escolaridade muito baixos, e elevado percentual de trabalhadores com e sem carteira assinada, além do maior percentual de indivíduos não remunerados (Galgane, 2013).

Nas áreas ARNO, SUL 1 e SUL 2, encontram-se atividades que requerem baixo nível de instrução, sendo assim, as áreas de maior vulnerabilidade social e dependência para com o sistema de saúde público. As áreas ARNE, ARSE e ARSO, englobam os setores de ocupação mais bem remunerados e de maior capital humano como: profissionais das ciências intelectuais, advogados, engenheiros, profissionais da saúde, administração pública, profissionais do ensino, etc (GALGANE, 2013).

De acordo com o perfil socioeconômico apresentado anteriormente e tomando o CSC 403Sul, com grupo Base, foi excluído do sorteio os CSC pertencentes as áreas de ponderação: ARNO, SUL 1 e SUL 2. O sorteio ocorreu com os CSC das áreas ARSO, ARSE, ARNE, tendo 10 CSC, sendo elas das quadras: 210 Sul, 712 Sul, 406 Norte, 508 Norte, 403Sul, 806 Sul, 1004 sul, 1106 Sul, 1103 Sul, 1206 Sul.

O Centro de Saúde da Comunidade referente ao Grupo Controle foi designado de CSC - GC e a do Grupo Intervenção foi designada de CSC – GI. O sorteio para escolha do CSC - GI, foi realizado duas vezes, pois o primeiro CSC sorteado, não possuía nenhum grupo de idosos/doença crônicas/afins, segundo declarado pela recepção da unidade que confirmou com a enfermeira. Portanto, para esse caso, foi realizado novo sorteio, excluindo do montante essa unidade de atendimento.

6.1.2 Amostra

A amostra da população do estudo foi composta por idosos pertencentes e/ou participantes do grupo HiperDia do CSC sorteada. Os critérios de inclusão foram: idosos que concordaram em participar do estudo e que pertenciam aos grupos descritos acima, desde que tivessem condições de responder aos questionamentos. Os critérios de exclusão foram: pessoas com alguma limitação cognitiva que a impedisse de participar da intervenção ou palestra ou indivíduo que fosse impedido de responder ao questionário. A seguir, o fluxograma 5, evidencia o número de participantes por grupos: Controle e Intervenção, da fase 2 da pesquisa.

Fluxograma 5 - Representando o total de amostra obtido por grupo, conforme momento da coleta de dados.



6.2 GRUPO INTERVENÇÃO – VÍDEO EDUCACIONAL

Após o desenvolvimento do vídeo educacional, deu-se início a execução e a realização da pesquisa nos grupos: Controle e Intervenção.

No Grupo Intervenção foram realizados 02 encontros (CSC definida por sorteio) com os participantes; os encontros foram realizados em um intervalo de tempo de 15 dias. No primeiro encontro houve apresentação do estudo e convite para participar do mesmo, coleta e assinatura do TCLE, recolhimentos das informações e dados dos pacientes (endereço, telefone). Neste mesmo dia os participantes foram convidados a responderem o questionário para coletar informações sobre os conceitos e conhecimentos básicos contidos no Roteiro Conceitual (APÊNDICE F).

Seguido deste momento, segundo encontro, foi realizado a apresentação do vídeo artístico sobre os conceitos e temas elencados como prioridade, estabelecida no item Roteiro Artístico. Após o vídeo foi aplicado o questionário (APÊNDICE F).para verificação das informações apreendidas e futura comparação com o aplicado anteriormente. O segundo encontro também foi realizado na casa dos participantes que não puderam ir ao CSC, por algum motivo e ou por preferirem que a pesquisadora fosse a sua residência.

O vídeo foi apresentado ao Grupo Intervenção, juntamente com uma fala de abertura do que se tratava o tema da história e que seria apresentado 03 vídeos curtos. Na fala de abertura foi esclarecido que os indivíduos que não soubessem ler, poderiam assistir ao vídeo de igual modo de quem era alfabetizado, porque todas as falas e escritas no vídeo eram ditas pelos personagens. Após a exibição de cada vídeo houve uma conversa sobre o que haviam acabado de assistir no vídeo. O objetivo dessa conversa teve o propósito de descontrair os presentes e reforçar pontos importantes para aprendizado pretendido com o vídeo. Além de deixá-lo dinâmico e atrativo.

6.3 GRUPO CONTROLE: A CONSTRUÇÃO DA PALESTRA

A palestra aplicada no Grupo Controle teve os temas definidos a partir da análise dos resultados da pesquisa inicial realizada com o Grupo Base, e versou sobre os assuntos definidos no Roteiro Conceitual e consequentemente os mesmos utilizados na criação do Roteiro Artístico para a elaboração do vídeo. A palestra teve o tempo de duração e o formato de apresentação dos dados, conceitos e ilustrações, em conformidade com o padrão usualmente utilizadas pela equipe para o repasse de informações sobre saúde referente ao CSC que foi sorteado para ser o Grupo Controle. No caso do grupo controle a palestra foi ofertada pelo profissional médico, no qual o mesmo fez um roda de conversa e os presentes podiam fazer perguntas e ouvir as explicações. A roda de conversa teve duração de aproximadamente 30 minutos.

O Tema da palestra (APÊNDICE H) foi entregue ao profissional responsável conforme procedimento habitual do presente CSC para que o mesmo preparasse a palestra, com antecedência de 21 dias.

No Grupo Controle foram realizados 02 encontros (CSC definida por sorteio), realizados em intervalo de 15 dias, conforme procedimento do mesmo, para dois diferentes grupos de HiperDia da CSC sorteada. Realizou-se esse procedimento pois o número de

participantes de cada grupo HiperDia da CSC sorteada eram reduzidos. No primeiro encontro houve apresentação do estudo e convite para participar do mesmo, coleta e assinatura do TCLE, recolhimentos das informações e dados dos pacientes (endereço, telefone). Neste mesmo dia os participantes foram convidados à responderem o questionário para coletar informações sobre os conceitos e conhecimentos básicos contidos no Roteiro Conceitual, com os temas definidos (APÊNDICE F).

Seguido deste momento, segundo encontro, foi realizado palestra explicativa (padrão) sobre conceitos relacionados ao tema da Palestra entregue pela pesquisadora. Após a palestra foi aplicado o questionário (APÊNDICE F) para verificação das informações compartilhadas nesse momento.

6.4 INSTRUMENTOS

Fundamentado nos pontos abordados nas duas intervenções foi desenvolvido instrumento para avaliar o nível de entendimento/compreensão do conhecimento adquirido pela troca de saberes, entre as formas de apresentar o conhecimento (palestra e vídeo) e as pessoas participantes da atividade.

O questionário continha 16 perguntas a serem respondidas pelos participantes. As respostas foram analisadas e alocadas em escala Lickert de quatro pontos: 0 - respondeu errado a pergunta; 3 - respondeu corretamente à pergunta. O questionário segue em anexo (APÊNDICE F).

6.4.1 Treinamento dos Entrevistadores

Os questionários foram aplicados por estudantes de filosofia e artes, que receberam treinamento para essa atividade. Foi desenvolvido um Procedimento Operacional Padrão (POP) para os discentes seguirem antes, durante e após a coleta. O treinamento consistiu na explicação do POP, os procedimentos e posturas que deveriam ser seguidos pelos entrevistadores até que ocorresse a entrega do material de coleta para a pesquisadora.

O POP registrava o passo a passo dos procedimentos que o entrevistador(a) deveria realizar para a coleta de informações e sua correta postura na pesquisa (APÊNDICE G).

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa constou de métodos quali-quantitativos. A parte qualitativa compreendeu leitura e alocação das respostas dos participantes segundo escala Lickert de 0

a 3. Posteriormente foi realizada análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas (pré e pós teste), para avaliar os possíveis efeitos dos tratamentos realizados nos Grupos Intervenção e Controle. A ANOVA é um teste paramétrico no qual se deseja verificar a independência entre os dados, conforme Hipótese de nulidade e o nível de significância (α) estabelecido. Este teste possibilitou a inferência no que se refere a capacidade de compreensão sobre conceitos básico em saúde perante a população, a partir de uma amostra, caso tenham acesso a palestra ou vídeo educativo.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas; pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco e da Plataforma Brasil, sob o número CAAE: 47560115.2.0000.5208. Os aspectos éticos da pesquisa foram preconizados segundo Resolução N°466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os participantes de todas as fases da pesquisa tiveram anonimato mantido, bem como liberdade de continuar ou não na pesquisa.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO QUASI-EXPERIMENTO

7.1 PERFIL SOCIOCULTURAL DOS GRUPOS CONTROLE E INTERVENÇÃO

7.1.1 Comparação entre Grupos Controle e Intervenção: características sociais

O perfil sociocultural dos grupos Controle e Intervenção foram analisados e obteve-se o perfil a seguir.

Tabela 27 - Características sociodemográficas dos participantes do Grupo Controle e Intervenção - Palmas/TO, 2016

Características dos participantes do Grupo Controle e Grupo Intervenção				
Característica	Grupo Controle		Grupo Intervenção	
	(n=16)	Percentual (%)	(n=17)	Percentual (%)
Indivíduos acima de 60 anos (idosos)	13	81%	9	53%
Gênero				
Feminino	10	63%	13	76%
Masculino	6	37%	4	24%
UF de Nascimento				
Estado prioritário	4	Goiás (25%)	7	Goiás (41%)
Estado intermediário	3	Piauí (19%)	4	Tocantins (24%)
Estado terciário	6	MG, TO, CE (13%)	4	Piauí e Minas Gerais (12%)
Escolaridade				
Alfabetizado	1	6%	1	6%
Fundamental (completo ou não)	10	63%	3	18%
Ensino Médio (completo ou não)	5	31%	9	53%
Ensino Superior (completo)		-	4	23%
Moram com alguém				
Sim	15	94%	15	65%
Não	1	6%	2	35%
Tempo que Frequenta a CSC				
Entre 0 anos e 04 anos	5	31%	8	47%
Entre 05 anos e 09 anos	3	19%	1	6%
Acima de 10 anos	8	50%	8	47%
Trabalha				
Sim		38%	7	41%
Não		62%	10	59%
Renda Familiar				
Até 02 salários mínimos	10	63%	9	53%
Entre 02 e 03 salários mínimos	3	19%	2	12%
Acima de 04 salários	3	19%	6	35%

Percebe-se que entre Grupo Controle e Intervenção existem diferenças no percentual de idosos; gênero; e escolaridade. As demais variáveis: Tempo que frequenta o CSC; UF de nascimento; renda são semelhantes.

Portanto será verificado se as variáveis: Idade (acima de 60 anos), Gênero; e Escolaridade (anos de estudos) afetam os resultados de ganho de conhecimento entre os Grupo Controle e Intervenção, por meio da realização de teste estatístico específico. Será realizado Regressão Linear Múltipla, cujo objetivo é verificar se o ganho de conhecimento obtido no Grupo Intervenção continuará significativo mesmo considerando as variáveis que se apresentam percentualmente diferentes entre os grupos do quasi-experimento.

7.2 RESULTADO DO QUASI-EXPERIMENTO: O ARTÍSTICO VERSUS O PADRÃO

7.2.1 ANOVA: Grupo Controle e Intervenção

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos a partir da Análise Estatística (ANOVA) entre cada Grupos do estudo e internamente no mesmo grupo. Análise estatística servirá para verificar a existência ou não de diferenças estatística entre o conhecimento adquirido via apresentação artística ou método padrão – palestra.

Realizamos o cálculo das médias obtidas para cada grupo e fizemos o teste de normalidade, Shapiro-Wilks (S-W). Nos últimos anos o teste S-W tem sido preferido ao teste Kolmogorv-Smirnov pela capacidade de adaptação a uma variada gama de problemas sobre variação da normalidade. A seguir apresenta-se a tabela com os dados estatísticos para os Grupos Controle (1) e Intervenção (2). No primeiro momento apresenta-se os valores da Média antes (1) e depois (2) da aplicação da palestra ou vídeo, com o cálculo do p-valor para o intervalo de Confiança de 95%.

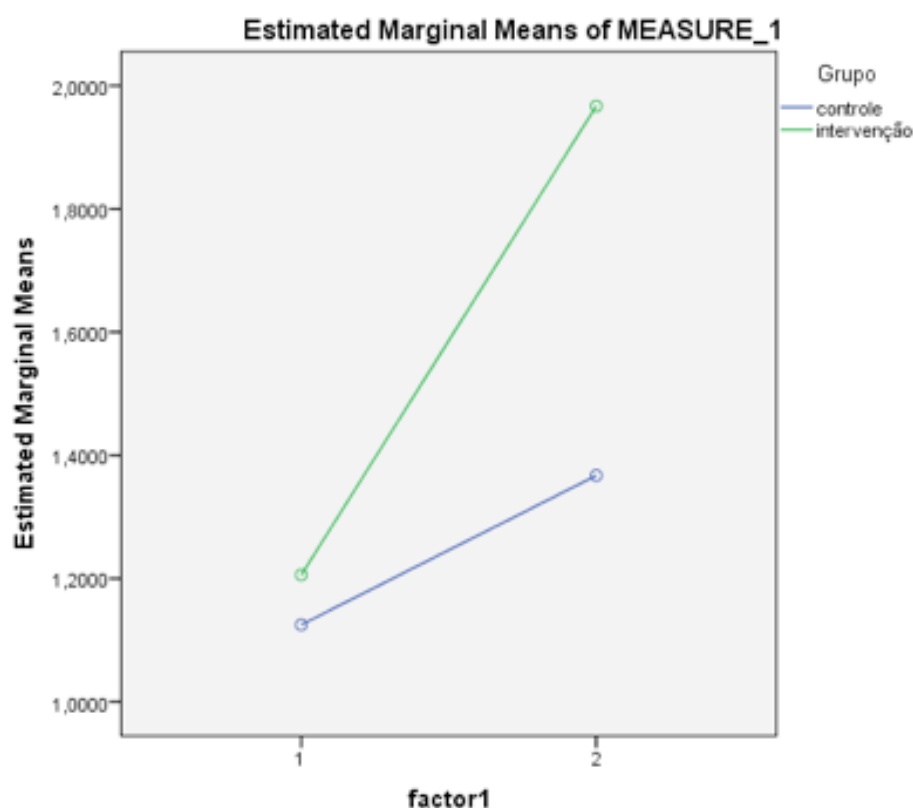
Tabela 28 - Valores da Média de conhecimento pré e pós teste para os Grupos Controle e Intervenção - Palmas/TO, 2017

Grupo	factor1	Diferença		P-valor	95% Confidence Interval	
		Média	Médias		Lower Bound	Upper Bound
1,0 controle	1	1,125	-,242	,000	,989	1,261
	2	1,367		,000	1,178	1,556
2,0	1	1,206	-,761	,001	1,074	1,338

intervenção 2	1,967	,001	1,783	2,150
---------------	-------	------	-------	-------

Os dados apresentaram distribuição normal e a diferença entre as médias encontrada no pré e pós teste dentro do mesmo grupo ($p=0,000$), bem como a diferença entre as médias encontradas entre os grupos ($p=0,001$) foi estatisticamente significativa para o intervalo de confiança estabelecido. Portanto há ganho de conhecimento entre o grupo antes e após a aplicação da palestra ou vídeo. A angulação das duas retas são significativas, indicando ganho de conhecimento para os dois grupos, no entanto verifica-se que a angulação da reta do Grupo Intervenção é maior.

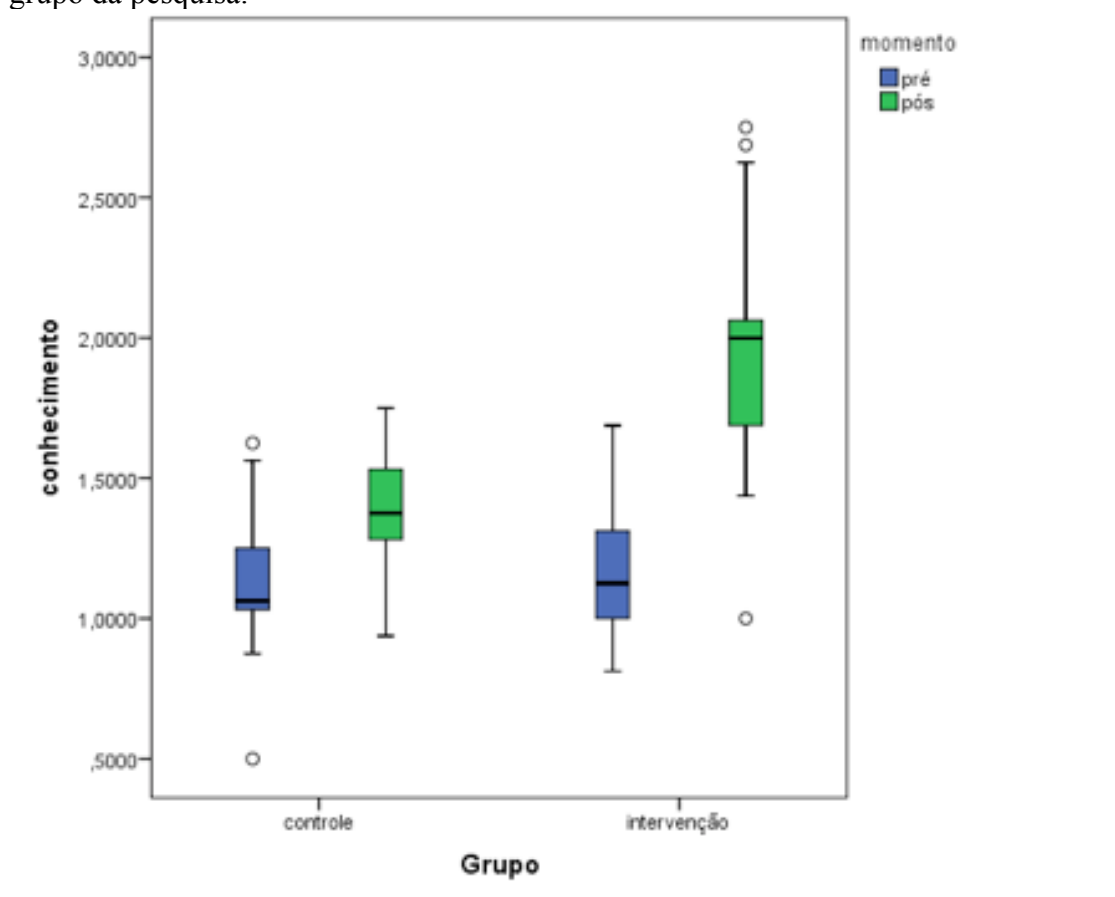
Gráfico 23. Angulação da reta demonstrando ganho de conhecimento entre Grupo Controle e Intervenção, quasi-experimento pré e pós teste.



Como houveram diferença estatisticamente significativa entre o ganho de conhecimento tanto no mesmo grupo, quanto entre os grupo, realizou-se a comparação entre os grupos Controle e Intervenção. A análise de variância (ANOVA) comparando os grupos obteve-se que os valores encontrados para o Grupo Controle ($p=0,019$) e o Grupo Intervenção ($p=0,00$), infere-se que no Grupo Intervenção teve-se maior ganho maior de conhecimento (cerca de 0,761) que no Grupo Controle (0,242). Como a escala adotada é de

04 pontos, os indivíduos do grupo Intervenção ganharam uma média de cerca de 0,8 pontos de conhecimento em relação do Grupo Controle.

Gráfico 24. Representação, Box Plot, do ganho de conhecimento pré e pós teste para cada grupo da pesquisa.



7.2.2 Regressão linear Múltipla

Como o Grupo Controle e Intervenção apresentam características socioculturais diferentes para três variáveis: Gênero, Idade e Anos de Estudo, foi necessário aprimorar o resultado obtido anteriormente, por meio de um controle dessas variáveis para o ganho de conhecimento observado no Grupo Intervenção.

Como a finalidade de verificar se o ganho de conhecimento alcançado no Grupo Intervenção continuava significativo, mesmo considerando as diferenças percentuais das novas variáveis em análise, fez-se uma Regressão Linear Múltipla.

Iniciamos a análise realizando o Teste Exato de Fisher no Grupo Intervenção para as variáveis categorizadas do seguinte modo: Gênero (feminino), Idade (acima de 60 anos) e Anos de estudos (abaixo de 08 anos).

Como resultado obtido temos a tabela a seguir que apresenta o coeficiente de determinação (R^2) que mede a contribuição das variáveis para a previsão do ganho de conhecimento. Esse cálculo expressa o percentual da capacidade de explicação do modelo de regressão adotado para o teste. O valor de R^2 (0,364) corresponde que 37,4% das variáveis do delta do conhecimento poder ser explicado pelas variáveis que apresentaram diferenças. Esse resultado indica que a qualidade do modelo de regressão adotado no estudo é bom e que a proporção da variação do ganho de conhecimento é explicada em 37% pelas variáveis Idade, Anos de Estudo e Gênero.

Tabela 29 - Valor do R^2 para verificação da qualidade do modelo de regressão para análise estatística entre os Grupos Controle e Intervenção - Palmas/TO, 2017

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,612 ^a	,374	,285	,39541

Como o modelo de Regressão Linear Múltipla é adequado para a análise em questão, apresentamos a seguir os valores do Delta do Conhecimento (Coeficiente B) para cada variável controlada (Idade, Gênero, Anos de Estudos) e os valores de médias obtidos no teste Anova realizado anteriormente para o Grupo Intervenção. De acordo com a tabela abaixo, verifica-se que mesmo realizando o ajuste de controle das variáveis, o Grupo Intervenção apresenta ganho de conhecimento de (0,393) à mais que o Grupo Controle. Sendo que esse valor de ganho de conhecimento (0,393) é significativo, p-valor de (p=0,038).

As demais variáveis, Idade (p=0,689), Anos de Estudo (p=0,340) e Gênero (p=0,235) apresentadas na tabela a seguir não possuem p-valor significativo. Portanto, não influenciam o delta de conhecimento observado no grupo Intervenção. Sendo assim, o Grupo Intervenção apresenta ganho de conhecimento maior que o Grupo Controle, após o controle das variáveis.

Tabela 30 - Valor do Delta de Conhecimento (Coeficiente B) para as variáveis controladas do Grupo Intervenção - Palmas/TO, 2017

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Tolerance	VIF
(Constant)	,184	,247		,745	,463		
Grupo intervenção	,393	,180	,426	2,183	,038	,587	1,704
Idade_acima 60	,063	,156	,066	,404	,689	,840	1,191
Anos estudo cat	-,164	,169	-,178	-,971	,340	,667	1,498
GEN feminino	,209	,172	,194	1,215	,235	,874	1,144

Percebemos portanto que o MEA apresenta-se como uma ferramenta útil, válida e capaz de proporcionar ganho de conhecimento em saúde pelos usuários do SUS. Acreditamos que o ganho de conhecimento por meio do MEA é fruto da construção compartilhada de saberes, no qual se possibilitou que os diversos atores sociais envolvidos no processo (usuários-profissionais-sistema de saúde) pudessem contribuir com apontamentos e fazeres; cuja finalidade foi construir um vídeo que representasse uma conquista de voz e de vez dos desejos dos usuários e dos profissionais de saúde da atenção primária.

A construção do MEA foi pautado pela pedagogia transformadora proposta por Paulo Freire e desse modo percebe-se que os resultados alcançados confluem com os resultados atingidos por trabalhos que utilizam os princípios da ação metodológica e política da educação popular em saúde e a pedagogia libertadora como base para a transformação social, política e em saúde (FALKENBERG et al., 2014; SILVA et al., 2013; MITRE et al., 2008; SOUZA et al., 2005; GAZZINELLI, et al., 2005; ALVES, 2005; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; PEREIRA, 2003; VASCONCELOS, 2001; VALLA, 1992). Fazendo emergir um sujeito/usuário capaz de refletir criticamente sobre si e seu meio. Fortalecendo o indivíduo à tomar decisões que sejam condizentes e reflexo de sua capacidade de problematizar e buscar soluções adequadas à si e as suas necessidades.

Os resultados alcançados com o grupo intervenção, teve acesso ao MEA, são contundentes e expressivos, sendo condizente com outras pesquisas nessa área. Na qual criou-se e validou um vídeo como estratégia de educação em saúde para pacientes, como podemos citar os trabalho realizados nos Estados Unidos (DAVIS et al., 2016); na Holanda (BROOK et al., 2003); em Malta (CORDINA, McELNAY, HUGHES; 2001); e no Brasil (BARBOSA; BEZERRA, 2011; KATZ et al., 2009).

Ressaltamos que os resultados de ganho de conhecimento apresentado pelo grupo intervenção é fruto da utilização de uma linguagem artística que proporcionou um aproximação entre os diferentes atores envolvidos no processo. Além de trazer à tona uma gama de significados culturais e sociais permitindo uma aproximação, trocas entre universos, interpretações subjetivas e compreensões de mundo não alcançáveis apenas com palavras e boas intenções como já apontado por MASSETI (1997) e (2005); OLIVEIRA e OLIVEIRA (2008). A utilização do lúdico e da arte como ferramenta em saúde capaz de contribuir efetivamente para a melhoria da vida das populações está descrito na literatura (CORDAZO; VIEIRA, 2007; MASETTI, 2005; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008; FRANÇANI et al., 1998; LINDQUIST, 1993) e reforçam os resultados alcançados neste trabalho.

A presente pesquisa apresenta-se como inovadora para a área da farmácia no Brasil, visto que as pesquisas publicadas na área da educação em saúde por meio da construção de um MEA, no país, referem-se aos campos de conhecimento da pedagogia, enfermagem e ou psicologia. Consideramos que os resultados obtidos no estudo apontam para um caminho possível, transformador e revolucionário em se fazer e promover a saúde da população na atenção primária. Uma vez que permite dar voz e vez às necessidades e desejos em saúde dos usuários, permitindo que eles se tornem agentes sociais atuantes e reflexivos sobre si, sua saúde e o contexto onde se inserem. Validando e refletindo sobre seus conhecimentos, práticas e *modus operandi* em nível poliárquico, crítico e capaz de promover seu empoderamento e fortalecendo seu pensar e agir. Promovendo a tão necessária autonomia dos usuários e sua capacidade de decisão sobre si e sua saúde. Valorando suas necessidades, compreendendo seu universo e tornando-o agente de si e da comunidade, munido de conhecimentos e certezas em suas ações em saúde.

Deste modo os resultados alcançados na pesquisa apontam uma possibilidade real de contribuir com o SUS, no que se refere à atenção primária dispensada à comunidade para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O MEA produzido apresenta-se como uma ferramenta útil, válida e transformadora para ser utilizada nos programas e ações de intervenção junto às populações, de modo a promover e prevenir a hipertensão, uma das DCNT de maior impacto no País.

7.3 SÍNTESE DOS RESULTADOS FASE 2

De acordo com a efetivação do estudo realizado na Fase 2 – Realização do Quasi-experimento para a promoção de conhecimentos e utilização correta e segura de medicamentos em pacientes hipertensos verificam-se os seguintes achados:

- Foi sorteado dois Centro de Saúde da Comunidade (CSC) para comporem o: Grupo Controle e Grupo intervenção. Os dois CSC possuíam características socioeconômicas semelhantes. As características que se diferiram (Idade, Anos de Estudo e Gênero) foram controladas por análise estática: Regressão Linear Múltipla.
- A comparação entre os Grupos Controle e intervenção verificou-se que o Grupo Intervenção apresentou maior ganho de conhecimento em relação ao Grupo Controle. Embora, em ambos os grupos, houve ganho de conhecimento tanto com a palestra quanto com o vídeo artístico e educativo.

8 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Os resultados apresentados pela investigação foram avaliados e medidos criteriosamente segundo testes estatísticos recomendados e métodos científicos consistentes. No entanto sabemos das limitações da pesquisa e de etapas e procedimentos selecionados ao longo dessa trajetória do fazer científico, aos quais destacamos:

- Curto período de avaliação da efetividade da intervenção nos grupos Controle e Intervenção e o não acompanhamento ao longo de um período;
- Sorteio de um grupo Controle que utiliza a aplicação de palestra de modo não convencional ao observado no grupo Base;
- Dificuldade de dimensionar o aprendizado por meio do relato da fala ao responder o questionário. Alguns indivíduos dos grupos Controle e/ou Intervenção podem ter aprendido, mais possuem dificuldade de comunicar e expressar o aprendizado de modo a construir uma linha de raciocínio coerente e lógica dentro do considerado padrão;
- Por não se ter medido a aprendizagem ao longo de um período, em ambos os grupos, não se pode discutir sobre o que realmente pode ter sido aprendido e ficado registrado na memória do indivíduo. O processo de aprendizagem exige maturação da informação;
- Utilização de um vídeo caseiro e amador para avaliar a efetividade da intervenção.

Recomenda-se avaliar o vídeo em relação a adesão ao tratamento e as práticas de vida saudável sugeridas pelo vídeo, visto que o desenho metodológico do estudo não permitiu essa inferência. Pois ter o conhecimento de um procedimento ou cuidado em saúde, não garante mudanças comportamentais dentro do desejado. Portanto é interessante dar continuidade ao estudo para que o mesmo verifique ou não o impacto no comportamento dos indivíduos.

Sugere-se novas pesquisas para que profissionais de saúde verifiquem e estudem a melhor forma de utilização do referido vídeo aliado às ações de educação em saúde que desenvolvem em suas unidades. De modo que essa intervenção venha a auxiliar as ações educativas existentes ou à existir. Mas ressaltamos que de forma alguma o material educativo audiovisual substitua o profissional e seu contato com os indivíduos, pois é durante esses encontros, e esse pode ser mediado por ferramentas interessantes, atrativas e de curta duração, que se promove um relacionar-se e uma troca de saberes e modificações

de condutas e entendimento entre universos científico e pessoas diferentes. Destacamos que o profissional de saúde não pode ser substituído pela ferramenta, mas sim utilizá-la para conseguir maiores resultados

É importante que novas pesquisas verifiquem outras populações ou temas, com um acompanhamento a médio e longo prazo. Além de estudos que capacitem os profissionais a usar o vídeo em suas ações educativas. Ressaltamos por fim que a hipertensão é uma doença crônica que envolve o contexto e todo o universo do indivíduo, sua família, sua crença, seus sentimentos, seus hábitos e cultura, portanto é necessário que os programas em saúde reúnam diversas intervenções, estratégias e profissionais. E que conte principalmente com o profissional Farmacêutico, tendo vista que o uso de medicamentos será uma medida que impactará e levará o indivíduo a mudanças. Sendo de extrema necessidade que esse profissional esteja em contato com as comunidades, junto à equipe de atenção primária, para que não se tenha valores e percentuais tão expressivos de indivíduos que não aderem ao tratamento o à aqueles que utilizam o medicamento de modo inadequado, podendo causar sérios risco a sua saúde, reforçando altos índices de comorbidades relacionadas ao medicamento, a descontinuidade do tratamento e a demanda desnecessária aos serviços de urgência e emergência.

9 CONCLUSÃO

O presente estudo verificou a efetividade da intervenção artística (vídeo), como estratégia de educação de usuários de medicamentos, comparada a estratégia usual, palestra educativa. Para a avaliação da efetividade do vídeo artístico foi necessário que a intervenção fosse fruto da construção coletiva entre pesquisadora, indivíduos e instituições, sendo portanto reflexo do desejo e das necessidades reais da comunidade em relação ao entendimento/esclarecimento à serem alcançados. Bem como, refletisse a construção de uma ferramenta lúdica, artística e educativa que representasse uma resposta aos anseios da comunidade e que expressasse o compartilhamento dos saberes entre os diversos atores envolvidos nesse processo. O vídeo teve não apenas a temática definida pelo grupo, mas também características artísticas, estéticas, sociais e culturais que lhes representassem.

Para a elaboração do vídeo foi necessário a construção de relações de confiança, respeito e valorização dos envolvidos. A construção de relações de respeito e confiança demandam tempo, convivência e “exposição” de si, seus conflitos, dúvidas, desejos e necessidades. Esse relacionar-se exige sinceridade de objetivos e amabilidade em aceitar a si, suas ideias e o outro; que por sua vez possui ideias e posições que são resultados de sua vida e compreensão do mundo e de si. Essa etapa foi conseguida depois de cerca de 02 anos de convivência e experiências de vida em conjunto. Fazer uma pesquisa com o propósito de compartilhamento e valorização horizontal das relações demanda esforço, dedicação e escuta de todos por todos. Para tanto, utilizamos a proposta da educação popular em saúde cuja metodologia ativa de educação mais apropriada é a de Paulo Freire, metodologia libertadora e transformadora do atores por meio da observação da realidade, análise, reflexão e sugestão de mudança. Adaptamos a pedagogia de Paulo Freire ao nosso contexto e objetivo, bem como nos apoiamos na investigação do lúdico e da humanização e afetividade das relações para construção de uma ferramenta educativa como proposta igualitária de relacionar-se com outro de modo transformador, libertador e reflexivo.

Para atingir tais propósitos foi necessário percorrer múltiplas etapas que se inter-relacionaram e transpassaram por metodologias variadas, bases teóricas e fundamentos de áreas de conhecimentos de campos diversos (saúde, psicologia, antropologia, artes, educação, enfermagem, pedagogia, saúde coletiva, educação popular em saúde, educação em saúde, farmácia, nutrição, audiovisual, entre outras). Sendo assim a tese é fruto da transversalidade alcançada com a construção, elaboração, validação do vídeo “Uma

História ImPRESSÃOante” e a posterior comparação com o modelo tradicional de educação em saúde.

Os resultado da tese foram divididos em duas fases, para melhor acompanhamento do leitor de modo à facilitar a compilação das ações e atividades realizadas, bem como seus respectivos resultados. A primeira fase nos permitiu conhecer as necessidades reais em saúde que o Grupo Base, Centro de Saúde da Comunidade (CSC) da 403 Sul desejou adquirir em relação ao uso correto e seguro de medicamentos; doença(s) crônica(s), ou planta(s) e qual(is) informação(ões) a comunidade tinha interesse que estivesse presente no vídeo. Ainda nessa etapa foi importante conhecer e construir junto ao Grupo Base, o diagnóstico de causas que levam as pessoas a não controlarem suas doenças crônicas e seu perfil sociocultural. Nesse momento todas as informações partiram da comunidade, seus anseios e conhecimentos eram o caminho a guiar a construção do vídeo, portanto essa etapa originou a definição do tema, dos objetivos, conceitos básicos, modos de fala, comportamentos e características à serem apresentados pelo vídeo e palestra.

Ainda nessa primeira etapa da Fase 1 foi possível verificar que o Grupo Base era composto por indivíduos que frequentavam o sistema de saúde público semanalmente, sendo portanto indivíduos potenciais, sendo capazes de fornecer informações importantes sobre si e seu comportamento frente a utilização de medicamentos; conhecimento sobre sua doença; uso de medicamentos; diagnóstico de causas das doenças e da não continuidade do tratamento; seu estado de saúde e conceitos em saúde. Sendo esses indivíduos, usuários de rotina, eram igualmente capazes de fornecer informações sobre o sistema, seus profissionais, métodos de ensino, meios de compreensão e empoderamento individual na área da pesquisa.

O Grupo Base apresentou-nos uma realidade dicotômica, pois, embora frequentasse o CSC semanalmente; verificou-se que eles não eram capazes de explicar sobre suas doenças crônicas (avaliou-se HAS e Diabetes), visto que o percentual de indivíduos que não sabiam as causas de surgimento da HAS (71%) e que não sabiam o que era HAS (41%) era um percentual significativo da comunidade. Acrescido do fato de que 47% dos indivíduos relataram que desejam saber sobre sua doença crônica. Portanto, percebemos que embora os indivíduos frequentem o CSC entre 05 e 14 anos (60%) era alta o percentual de indivíduos que não sabiam responder sobre uma doença crônica (HAS ou Diabetes) e nem ao menos 02 perguntas sobre uma dessas doenças.

Tais características do Grupo Base, citadas acima, nos impulsionaram a elaborar e construir uma ferramenta que melhorasse esses percentuais de entendimento sobre sua doença e que de forma lúdica, estética e humana proporcionasse a efetivação no entendimento dos indivíduos sobre sua doença crônica e que a partir desse entendimento fosse possível uma mudança comportamental por meio do empoderamento da informação e do estabelecimento de relações mais humanas, horizontais e adaptadas ao universo (entendo aqui que é necessário adaptar a linguagem, o modo de fala, o modo de relacionar, o modo de “ver” a doença e o doente) entre usuários e profissionais de saúde. Relações mais horizontais e mais igualitárias em compartilhar saberes, modo de compreender, elaborar conhecimentos e apreender; para assim poder estabelecer acordos terapêuticos que respeitem os indivíduos, suas capacidades, suas necessidades, desejos e crenças.

O vídeo produzido foi portanto fruto da humanização do cuidar que se deseja, respeitando e validando os sentimentos, sensações e emoções dos indivíduos quanto emoções válidas, reais e fruto da percepção de si, sua saúde, seus saberes, sua vida, suas necessidades, sua percepção do mundo e da comunidade. A validação do vídeo com a comunidade permitiu refletir sobre a complexidade do ser, suas percepções e modo de agir no mundo e consigo. Foi possível verificar o que é importante para os indivíduos, sua relação com o que lhes dá prazer (comida, viagem, o lúdico) e sua percepção sobre ser/estar doente (a sensação e sentimento de exclusão da sociedade “aparentemente” saudável e feliz). Sendo possível também discutir a diferença apresentada por eles entre o que se entende (quando alguém lhes fala e eles ouvem e entendem) e o que de fato compreendem e a partir desse momento lhes causa empoderamento, modificação real de pensamentos e ações para consigo e na sua comunidade.

A validação do vídeo com os juízes, profissionais de saúde de áreas distintas (médicos, enfermeiro e farmacêuticos) e de estados diferentes (PE, RS, TO), permitiu consolidar o valor científico das explicações, sendo também oportunizado a valoração do conhecimento científico. O processo de validação com comunidade e juízes é uma etapa dispendiosa em tempo, pois todas as sugestões são analisadas, consideradas e confrontadas com os objetivos do vídeo. No entanto essa etapa respeita os propósitos de valorização dos saberes dos universos científicos e populares, sendo portanto de extrema importância para consolidar a proposta de respeito à dispensação de informações corretas, porém lúdicas, afetivas e atrativa.

Em relação ao conteúdo exibido no vídeo, este foi resultado das construções de informações sobre o grupo base e suas necessidades de conhecimentos. Em relação às características Artísticas, Estéticas e de Linguagem, o vídeo foi resultado da construção das observações culturais da população, modo de fala, de agradecimento, de conversar, comportamentos e relações. A etapa de construção destas características do vídeo demandou tempo, pois a adaptação da linguagem científica para uma linguagem mais clara, direta e objetiva, foi o processo mais delicado e o que de fato requereu cuidados e verificações constantes com a comunidade. A escolha dos personagens, seus nomes, modus de agir e ser, foram uma etapa peculiar, pois eram responsável por cativar os expectadores (aceitabilidade) e serem capazes de promover a mudança esperada (persuasão).

Os personagens presentes no vídeo foi reflexo do reconhecimento dos indivíduos para com o médico como profissionais de saúde acessível. E a presença do farmacêutico correspondeu a necessidade, dos indivíduos, de se ter esse profissional no CSC para dirimirem suas dúvidas em relação ao uso correto e seguro de medicamentos, afim de lhes proporcionarem maior segurança e compreensão sobre os mesmos. Visto que 76% fazem uso inadequado do medicamento e que 82% utilizam entre 02 e 10 medicamentos.

A efetividade do vídeo finalizado e validado foi portanto comparado com o procedimento tradicional de Educação em Saúde, a palestra. Os dois grupos (Controle e Intervenção) apresentaram ganho de conhecimento no pré e pós teste, apresentando-se tanto a palestra quanto o vídeo, recursos que promoveram ganho de conhecimento. No entanto o Grupo Intervenção apresentou ganho de conhecimento maior quando comparado ao grupo que teve acesso a palestra. Acreditamos que esse fato deve-se porque o vídeo apresenta características que promovem o ganho de conhecimento de maneira mais divertida e leve, uma vez que o modo de fala e de comportamento do personagem principal é semelhante ao modo de fala e comportamento da população. Além de que o vídeo permite que se estabeleça uma relação afetiva com a história e seus personagens e essa relação de simpatia é capaz de gerar empatia. Como o personagem principal tem um modo claro e simples de explicar sua doença, o local de guarda de medicamentos e como se deve usar (seguindo dias e horários) e porque usar os medicamentos corretamente, a população compreende o dito e isso lhes gera empoderamento. Esse empoderamento pode ser verificado no pós-teste, quando os indivíduos são portanto mais capazes de responder as perguntas presentes no questionário.

De forma que, infere-se que o vídeo “Uma História ImPRESSÃOante” apresenta-se como um facilitador da educação em saúde no que se refere ao conhecimento do que seja Hipertensão, cuidados, escolha, hábitos de vida e uso correto e seguro de medicamentos, sendo uma ferramenta útil aos profissionais de saúde que trabalham na atenção primária à saúde. Podendo ser utilizado como ferramenta útil e válida à dirimir dúvidas, reforçar atitudes, estabelecer mais horizontais, priorizando o conhecimento da população, a confiança e respeito entre usuários e profissionais. O vídeo não substitui a necessidade do profissional de saúde, mas sim atua como uma ferramenta que favorece o estabelecimento de relações mais humanas e igualitária. Estimulando a conversa, a empatia e o estabelecimento de acordos terapêuticos mais coerentes com as capacidades e possibilidades reais dos indivíduos. O vídeo portanto proporciona repensar estilos de vida e padrões a serem seguidos pelos indivíduos, demonstrando ser mais atrativo, aceitável, persuasivo, auto-eficaz, afetivo, transformador, reflexivo e prático do que as intervenções educativas convencionais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C, STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n. 15, p. 259-74, 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e a reorientação do modelo assistencial. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 39-52, setembro 2004/fevereiro 2005.

AGGARWAL, B.; MOSCA, L. Lifestyle and Psychosocial risk factors predict non-adherence to medication. **Annals of Behavioral of Medicine**, v.40,n.2, p.228-33,2010.

ARAÚJO, T. C. C. F., GUIMARÃES, T. B. Interações entre voluntários e usuários em oncologia hematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços doutores”. **Estudo e Pesquisas em Psicologia**. UERJ: RJ, ano 9, n. 3, p. 632-647, 2009.

BANIWA, G. L. **Diversidade Cultural, Educação e a Questão Indígena. Diversidade Cultural da Proteção a Promoção**. Autentica ed., 2008 p. 72.

BARATA DELGADO, A.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aso tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. II, n. 2, p. 81-100, 2001.

BARBOSA, R.M., BEZERRA, A.K. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre mães soropositivas para HIV e seu filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n. 2. p. 328-334, 2011.

BARROS, J. M. **As Mediações da cultura: Arte Processo e Cidadania**. Minas Gerais: PUC Ed., 2009.

BARROS, José Marcio. **Diversidade Cultural da proteção a promoção**. Observatório da diversidade cultural. AUTENTICA Ed., 2008.

BARROS, J. M. *Velhas e Novas Questões sobre a Cultura e a Identidade*. **Cadernos de Ciências Sociais**, 3, p. 1-16, 1993.

BARROS, J. M. A mudança da cultura e a cultura da Mudança: cultura, desenvolvimento e transversalidade nas políticas culturais. In: BARROS, J. M.; OLIVEIRA Jr., J. (org). **Pensar e Agir com a Cultura: desafios da gestão cultural**. Belo Horizonte. Observatório da Diversidade Cultural, 2011

BOOG, M.C.F; VIEIRA, C.M.; OLIVEIRA, N.L.; FONSECA, O. L'ABBATE, S. Utilização de vídeo como estratégia de educação nutricional para adolescentes: “comer...o fruto ou o produto?”. **Revista Nutrição**, v. 16, n. 3, p. 281-293, 2003.

BORTOLOTO, L. A.; CONSOLIM-COLOMBO, F. M. Betabloqueadores adrenérgicos. **Revista Brasileira Hipertensão**. Vol. 16 (4), 2009, p. 216-220.

BOSI, A. Fenomenologia do olhar. In: NOVAES, A. (Org.). **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. P.65-87.

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

BRANDÃO, C. R. **O processo geral do saber (a educação popular como saber da comunidade)**. São Paulo: Brasiliense, 1997, p. 14-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Diário Oficial da União. 1998; 10 nov. Seção 1, 18-22p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de maio de 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **DIABETES MELLITUS**. **Cadernos de Atenção Básica**, n.º 16, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica Farmacêutica**. Brasília, DF, ed. 4, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação**

Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 9, Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde.** Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde.** Brasília, DF, 2014.

_____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.95, n.1, supl.1, p.I-III, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

BREAKWELL, G. M. [et al]. **Métodos de Pesquisa em Psicologia.** Tradução: Felipe Rangel Elizalde; revisão técnica: Vitor Geraldi Hasse. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed 2010, 504 p. ISBN 978-85-363-2369-5.

BROOK, O; VAN HOUT, H; NIEUWENHUYSE, H; HEERDINK, E. Impact of coaching by community pharmacists on drug attitude of depressive primary care patients and acceptability to patients; a randomized controlled trial. **European Neuropsychopharmacology**. 2003 Jan;13(1):1-9. PMID:12480116.

CAMPORESI, P. **Hedonismo e exotismo: a arte de viver na época das luzes.** São Paulo: Ed. Unesp, 1996.

CANDEIA, J. M. Questionando os Audiovisuais. **Tecnol. Educ.** v.10, n. 40, p. 26-30. 1981.

CANDEIA, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública.** v.31, n. 2, p. 209-13. 1997.

CASTRO, M. S.; FUCHS, F. D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev. Bras. Hipertens**, vol. 15 (1), 2008, p. 25-27.

CASTRO, M. S, PILGER D, FUCHS, F. D, FERREIRA, M. B. C. Development and validity of a method for the evaluation of printed education material. **Pharmacy Practice**, v. 5, n. 2, 2007, p. 89-94.

CÁRDENAS, AFP.; CANTILLO, BB.; BARRETO, CR.; SALCEDO, EMM.; ALMAZO, HC.; GONZALVEZ, MA.; ÁLVAREZ, SZ.; AGUDELO, VV. Construcción de vídeos educativos, uma experiência para aprender entre todos: acercándonos a la realidade sobre el uso de medios audiovisuales para el desarrollo pedagógico. **Revista Q**, v. 7, n. 14, p. 1-17, 2013.

CARVALHO, A. A. A. S. Utilização e exploração de documentos audiovisuais. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 6, n. 3, p. 113-121, 1993.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface. Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CESTARI, M. E. W., ZAGO, M. M. F. A prevenção do cancer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. N. 58, v, 2, p. 218-21, 2005.

CHAPLIN, I. P. **“Dictionary of Psychology”**. New York: The Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc., 2ª ed., 1985, p. 396-7.

CHEMELLO, C.; CASTRO, M. S. Adaptação de método de orientação de pacientes sobre medicamentos por uma análise de compreensão. **Acta Farmacêutica Bonaerense**, Buenos Aires, v. 25, 2006, p. 613-618.

CINELLI, N.P.F. *A influência do vídeo no processo de aprendizagem*. 2003. 72f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

COUTO, Y. A. A ARTE, O JOGO, A DANÇA E A BRINCADEIRA: dos primórdios aos processos de civilização e cultura. **Revista Poíesis Pedagógica: Catalão - GO**, v.11, n. 1, p. 38-53, 2013.

CORDINA, M; MCELNAY, J. C; HUGHES, C. M. **Assessment of a community pharmacy-based program for patients with asthma**. 2001 Oct;21(10):1196-203. PMID: 11601666

CROCKETT, J; TAYLOR, S; GRABHAM A; STANFORD, P. Patient outcomes following an intervention involving community pharmacists in the management of depression. **UST J. Health**. 2006 Dec;14(6):263-9. DOI: 10.1111/j.1440-1584.2006.00827.x Acesso em 30 set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez6.periodicos.capes.gov.br/pubmed/?term=Patient%20outcomes%20following%20an%20intervention%20involving%20community%20pharmacists%20in%20the%20management%20of%20depression>.

CORDAZZO, S. T. D.; VIEIRA, M. L. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia: UEJ**: Rio de Janeiro, ano 7, n.01, 1ºSemestre de 2007.

CULLUM, N.; CILISKA, D.; HAYNES, R.B; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CHAPLIN, I. P. **“Dictionary of Psychology”**. New York: The Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc., 2ª ed., 1985, p. 396-7.

DANTAS, V. L.A. Narrativas de cuidados em Saúde pelos Caminhos da Artes. In: **Vivência da Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: A REALIDADE E A UTOPIA**. MANO, M. A. M.; PRADO, E. E. (org.). São Carlos: Editora EdUSFCar, 2010. 39-54 p.

DAVIS, S. A; CARPENTER, D; CUMMINGS D. M; LEE C; BLALOCK S. J; SCOTT, J. E; RODEBAUGH L; FERRERI S. P; SLEATH, B. Patient adoption of an internet based diabetes medication tool to improve adherence: A pilot study. **Patient Educ Couns**. 2016 Jul 25. pii: S0738-3991(16)30319-6. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.024.

DELGADO, A. B., LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde e Doenças**, vol. II, n.º 2, 2001, pp. 81-100.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 1. ed. 5. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: O Trabalho de Grupos em Atenção Primária. **Revista APS**, v.12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DOAK, L. G, DOAK, C. C, MEADE, C. D. Strategies to improve cancer education materials. **Patient Educ Couns** 1996; 23:1305-1312.

DOAK, C. C., L. G. DOAK & JH. ROOT (1996) “**Learner Verifications and Revision of Materials**” en: “Teaching patients with low Literacy Skills”, Penssylvania: JB. Loppincott Company, 2ª ed., pp.174-9.

EASTON, K.L, BARRY, T.P, STARR, M.R. *et al.* The incidence of drug related problems as a cause of hospital admission in children. **M.JA.** v. 168, p. 356-359, 1998.

FALKENBERG, M. B., MENDES, T. P. L., MORAES, E. P, SOUZA, E. M. Educação em Saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 19 (3), p. 847-852, 2014.

FAUS, M.J. Atención farmacéutica como respuesta a uma necesidad social. **Ars Pharmaceutica** v.41, n. 1 p. 137 -143, 2000.

FAUS, M.J., MARTINEZ, F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de concepos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. **Pharm. Care Esp.** v. 1, p. 56-61, 1999.

FERNÁNDEZ, RF.; MANRIQUE-ABRIL, F.; SAAVEDRA, CB.; Aceptación por expertos y legibilidad de material escrito e audiovisual: calidad y propiedades psicometricas, **Investigaciones Andina**, v. 12, n.21, p. 8-22, 2010.

FIOCRUZ. Programa Ligado em Saúde. Tema: “**Música e Saúde**”. Dia 11/06/2014. <http://www.canal.fiocruz.br/busca.php?nome=Musica+e+Sa%FAde&programas=11&data=11%2F06>

FRANÇOIS, L. **Aprender Antropologia**. Tradução Marie-Agnès Chauvel. Editora Brasiliense, 1988.

FRANÇANI, G.M.; ZILIOI, D.; SILVA, P.R.F.; SANTANA, R.P.de M.; LIMA, R.A.G. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência a criança hospitalizada. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 27-33, 1998.

FREITAS, L. V; TELES, L. M. R; LIMA, T. M; VIEIRA, N. F. C; BARBOSA, R. C. M; PINHEIRO, A. K. B; DAMASCENO, A. K. C. Exame físico no pré-natal: construção e validação de hipermídia educativa para a Enfermagem. **Acta Paul Enferm**. v. 25(4), 2012, p. 581-8

FREIRE, P. R. **Pedagogia do Oprimido**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

_____. **Extensão ou comunicação?** 11ª edição. Paz e Terra, São Paulo, 1977. 93 p.

_____. **O Revolucionário Educador**. Instituto Paulo Freire. Disponível na internet em: <http://www.paulofreire.org/videos>. Acesso em 20 de ago. 2016.

FREIRE, A. M. A. "A voz da esposa: A trajetória de Paulo Freire" In: **Paulo Freire: Uma Bibliografia**, organizado por Moacir Gadotti e Ana Maria Araújo Freire e outros, São Paulo, Cortez; Instituto Paulo Freire; Brasília DF, UNESCO, 1996.

GALGANE, C. L. M; MELO, M. N. M. Serviços Farmacêuticos voltados para Comunidade? **Anales del XIV Encuentros de Geógrafos de América Latina**. 14 EGAL. Peru: 2013. ISBN 978-612- 46407-2-8

GALGANE, C. L. M. **Serviços Farmacêuticos: Contribuições para a Política Nacional a partir da cidade e Palmas/TO**. Orientador: Ana Cristina de Almeida Fernandes Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2013, 242 p. Dissertação. (Mestrado em Inovação Terapêutica)

GARNICA, A. V. M. Notas sobre Pesquisa Qualitativa e Fenomenologia. **Revista Interface_Comunicação, Saúde e Educação**, 1997. v. 1. n.1. 109-122p.

GAZZINELLI, M. F., GAZZINELLI, A., REIS, D. C., PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GOMES, L. F. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. **Rev. Bras. Est. Pedagog.**, v.89, n.23, p.477-492, 2008.

GOMES, M. P. **Antropologia: Ciência do homem, Filosofia da Cultura**. São Paulo, Contexto, 2010.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T .R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Crombach. **Produto &Produção**, 2010. v. 11, n. 2. 85-103p.

KOHLMANN JR, Osvaldo et al . Tratamento medicamentoso. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 29-43, Sept. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002010000500008>.

KOHLMANN JR., Osvaldo et al . III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 43, n. 4, p. 257-286, Aug. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27301999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27301999000400004>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). ***Divisão Territorial do Brasil***. *Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais*. (1 de julho de 2008).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) ***Estimativas da população para 1º de julho de 2009 (PDF)***. *Estimativas de População*. (14 de agosto de 2009).

INSTITUTO PAULO FREIRE, **O Revolucionário Educador**, Disponível em: <http://www.paulofreire.org/videos>. Acesso em: 04 julho 2015.

INSTITUTO PAULO FREIRE, **Paulo Freire Contemporâneo - Documentário**, Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EzjY0x37E88>. Acesso em: 04 julho 2015.

INSTITUTO PAULO FREIRE, **Especial Paulo Freire**, Disponível em: <http://www.paulofreire.org/videos> Acesso em: 04 julho 2015.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e Validação de vídeo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. Orientador: Lorena Barbosa Ximenes. Fortaleza: UFC, 2013, 186p. Tese. (Doutorado em Enfermagem)

LARAIA, R. B. **Cultura: um Conceito Antropológico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Editora, 2001.

LIÉVANO-FIESCO, M.; GARCÍA-LONDOÑO, G.; LECLERQ-BARRIGA, M.; LIEVANO-DE, L.; SOLANO-SALAZAR, K. Validación del material lúdico de la estrategia educativa basada en juegos para la promoción de estilos de vida saludable en niños de cuatro a cinco años de edad. **Universitas Scientiarum**, v. 14, n. 1, p. 79-85, 2009.

MALHOTRA, S., JAIN, S., PANDHI, P., Drug – related visits to the medical emergency department: a prospective study from India. **Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.**, v. 39, p. 12-18, 2001.

KATZ, M.L; HEANER, S.; REITER, P. *et al.* Development of an educational video to improve patient knowledge and communication with their healthcare providers about colorectal cancer screening. **Am. J. Health Educ.**, v. 40, n.4, p. 220-228, 2009.

LIMA, M. A.; PAGLIUCA, L. M.; NASCIMENTO, J. C.; CAETANO, J. Á. Cartilha virtual sobre o autoexame ocular para o apoio a prática do autocuidado para pessoas com HIV/Aids. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 285-9, Apr. 2014.

MANAR, AA. WOLFGANG, H.; STEFAN, V.; KOSCHACK, J. Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. **Patient Education and Counseling**, v 97, n.1, p. 16–22, 2014.

MANGUEL, A. **Lendo imagens: uma história de amor e ódio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

MARTHA, D.; SOUZA, V.D; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de Pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 1046-1049, 2007.

MATTEDE, M. G. S., CENTURIÓN, D. Validação de Questionários para captar a Percepção de saberes Técnico-Científico na área da saúde. **Journal of Health Science**, 2015. Disponível em: <http://www.salusjournal.org/magazine/validacao-de-questionario-para-captar-a-percepcao-de-saberes-tecnico-cientificos-na-area-da-saude/> Acesso em: 20 fevereiro 2016.

MASETTI, M., Doutores da ética da alegria. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n. 17, p. 453-458, 2005.

MEDEIROS, R.H.A; NUNES, M.L.T. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. **Psicol. Est.**, v. 6, n. 2, p. 95-100, 2001.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (Orgs.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 252p.

MOTTA, A. B., ENUMO, S. R. F. Brincar no Hospital: Câncer Infantil e Avaliação do Enfrentamento da Hospitalização. **Psicologia, Saúde & Doenças**. v.3, n. 1, 2002. 23-41p.

MORAES, AF. A diversidade cultural presente nos vídeos em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.12, n.27, p. 811-822, 2008.

MORAN, J. M. O Vídeo na sala de aula. **Comun. Educ.**, n.2, p. 27-35, 1995.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2015. 120p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set 1993. 9v. 3n. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 novembro 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.

MINAYO, M. C. S. (org.); GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 108p.

MITRE, S. M., SIQUERIA-BATISTA, R., GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M., MORAIS-PINTO, N. M., MEIRELLES, C. A. B., PINTO-PORTO, C., MOREIRA, T., HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. Saúde soc., São Paulo, dez 2004. 13v. 3n. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 fevereiro 2017.

O'CARROL, R.; WHITTAKER, J.; HAMILTON, B.; JOHNSTON, M.; SUDLOW, C.; DENNIS, M. Predictors of Adherence to Secondary Preventive Medication in Stroke Patients. **Annals of Behavioral Medicine**, online first, 2010.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 182p.

OLIVEIRA, V. B. O Brincar e a Saúde: dez anos de Produção Científica. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**. Academia Paulista de Psicologia: São Paulo, v. 32, n. 83, 2012. 274-289P.

OLIVEIRA, R. R., OLIVEIRA, I. C. S. Os Doutores da Alegria na Unidade de Internação Pediátrica: experiências da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Rav Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2008. 230-236p.

OPAS. **Guía para el diseño, utilización y evaluación de material educativo en salud**. Washington: Organización Panamericana de la Salud; n. 10, p. 69-70. 1984.

OPAS. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud.** Documento de posición de la OPS/OMS. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. **El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio,** Ginebra, 1993.

PEKELMAN, R. Educação em Saúde/ Educação Popular em Saúde. Farmacêuticos na AB/APS. Texto de um objeto de aprendizagem utilizado no “Curso Farmacêuticos na AB/APS: trabalhando em rede”. UFRGS, 2017

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 19 (5), p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados Qualitativos. Estratégias Metodológicas para Ciências da Saúde, Humanas e Sociais.** 3. ed. 1. reimp. São Paulo: Editora do Universidade de São Paulo, 2004. 157p.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O.. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.,** São Paulo , v. 44, n. 4, p. 601-612, Dec. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322008000400006>. Acesso em 17 Fevereiro 2017.

PERINI, E., MODENA, C.M., RODRIGUES., R.N. et al. Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. **Rev. Ciênc. Farm.** v. 20, 1999. 471-488p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, E. V, FALLEIRO, L. M., NOMIYAMA, S. Eu vivi, ninguém me contou: Educação Popular em estratégias Saúde da Família na beira do Pantanal, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Comunicação Saúde Educação.** 2014; 18 Supl.2:1441-1452

PRADO, E. V, SALES, C., MANO, M. A. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque não viver sem os outros. **Rev. APS.** 14(4), p. 464-71, 2011.

RICE, M., CANDEIAS, N. M. F. Padrões Mínimos da Prática da Educação em Saúde – Um Projeto Pioneiro. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, n. 23(4), p. 347-53. 1989.

ROEBUCK, M. C; LIBERMAN, J. N; TOYAMA, M. G.; BRENNAN, T. A. Medication Adherence Leads to Lower Health Care Use and Costs Despite Increased Drug Spending. **Health Affairs**, v.30, n.1, p.91-99, 2011.

ROZEMBERG, B. Saneamento rural em áreas endêmicas de esquistossomose: experiência e aprendizagem. **Ciênc. Saúde Coletiva**., v. 3, n. 2, p. 686-698, 2009.

SABATÉ, E. Adherence to long-term Therapies: Evidence for action. World Health Organization, Suíça, p.194, 2003.

SELLTIZ, C; WRIGHTSMAN, L.S; COOK, S. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU; 1976. Volume 1. Delineamentos de pesquisa.

SERAPIONI, M. **Métodos Quantitativos e Qualitativos na Pesquisa Social em Saúde: algumas estratégias para a integração**. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5v. 1n. p. 187-192, 2000.

SILVA, L. S., COTTA, R. M. M., ROSA, C. O. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud Publica**, n 34, v. 5, p. 343-350, 2014.

SCHALL, V. T., MONTEIRO, S., REBELLO, S. M. TORRES, M. Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 15 (sup.2), p. 13, 1999.

SCHMIDT, M. I et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4 - Séries. The Lancet**, on line, p. 1- 14, 2011

SOARES, J. C. R. S. Reflexões sobre a eficácia dos medicamentos na biomedicina. **Caderno Saúde Coletiva**. v. 6, p. 37-53, 1998.

SOUZA, A. C., COLOMÉ, I. C. S, COSTA, L. E. D., OLIVEIRA, D. L. L. C. **A Educação em Saúde com Grupos na Comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde**. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.26, n. 2, p. 147-53, 2005.

SUPERIOR, C. K; BROYLES, J. E; OLIPHANT, C. S; MACK, G. D; THORNTON, D. Development and evaluation of a medication education videotape for hospitalized patients. **Am J Health Syst Pharm**. 2002 May 1;59(9):859-61.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. n. 8, 2001.

VIEIRA, S. **Introdução a Bioestatística [recurso eletrônico]**. Rio de Janeiro: Elsevier, 345p, 2011.

TRIPP, D. Action research: a methodological introduction, **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VALLA, V. V. Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 8 (1), p. 30-40, 1992.

VON DIEMEN, T.; WALTER BESSESTIL, L.; CASTRO, M. S. Fatores determinantes da não adesão ao tratamento farmacológico. **Rev. O. F. I. L**, v. 22 (1), 2012, p. 27-31.

ZANCAN, L., PIVETTA, F., SOUZA, F. M., CUNHA, M. PORTO, M. F. S., FREITAS, J., ALENTEJO, G. G. Dispositivos de comunicação para promoção da saúde: reflexões metodológicas a partir do processo de compartilhamento da Maleta de Trabalho “Reconhecendo Manguinhos”. **Interface: Botucatu**. 2014; 18 Supl. 2:1313-1326.

GLOSSÁRIO

Comunidade: Conjunto de indivíduos que se relacionam e tem em comum o perfil socioeconômico e cultural, o local de moradia (área residencial). Ou ainda terem perfil socioeconômico diferentes, mas estabelecerem entre si alguma relação sistemática (encontros específicos em dias e horários estabelecidos) entre si (ex. Grupo de HiperDia).

Educação em Saúde: Refere-se a ações que procuram promover níveis melhores de saúde da população em foco, podendo ser ações à nível individual (educação em saúde) ou organizacional (promoção da saúde) para a saúde.

Educação Popular em Saúde: É uma estratégia política e metodológica que trabalha na perspectiva da integralidade de saberes e práticas sendo capaz de proporcionar uma aproximação entre os princípios do Sistema Único de Saúde e a construção da autonomia e emancipação dos grupos populacionais historicamente excluídos em seu modo de entender a vida, seus saberes e oportunidade de participar da sociedade brasileira.

Indivíduo: É o ser humano cuja dimensão ultrapassa o ser biológico, social e cultural, sendo sua natureza multidimensional. O indivíduo faz parte de uma espécie (*Homo sapiens*), é membro de uma sociedade, sendo ao mesmo tempo produto dessa sociedade e produtor de sua manutenção e do *status quo*.

Roteiro Artístico: Consiste na forma escrita pormenorizada de todas as falas, cenas e interjeições de todos os personagens existentes no vídeo artístico.

Roteiro Conceitual: Consiste na descrição pormenorizada dos conceitos e temas em saúde desejados pelo Grupo Base da pesquisa, que serviram de base científica à ser transformada no Roteiro Artístico. O Roteiro Artístico possuiu linguagem apropriada para entendimento dos usuários do Grupo intervenção.

Sujeito: Entendido aqui como a diferença e a singularidade existente entre um indivíduo para outro indivíduo.

Usuário: Indivíduo que utiliza o Sistema Único de Saúde.

Vídeo Artístico: História desenvolvida a partir do roteiro conceitual e artístico, que utilizou técnicas de artes cênicas (dramaturgia e contação de história), desenho e animação (*stop motion*). O vídeo foi desenvolvido por um artista em colaboração com a pesquisadora, todas as etapas de criação e execução do vídeo (gravação, edição, sonorização, entre outras) foram realizadas de modo caseiro e amador.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PERFIL SOCIOCULTURAL DO GRUPO BASE

APÊNDICE B – PERCEPÇÃO DO AGENTE E TÉCNICO DE SAÚDE SOBRE AS PRINCIPAIS DIFICULDADES DOS INDIVÍDUOS DA 403SUL EM RELAÇÃO AO USO DO MEDICAMENTO

APÊNDICE C – PERFIL DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÕES DE SAÚDE DOS INDIVÍDUOS - GRUPO BASE

APÊNDICE D – ROTEIRO DA DISCUSSÃO COLETIVA COM A COMUNIDADE – COLETA DE DADOS TEMAS DE INTERESSE PESSOAL

APÊNDICE E – ROTEIRO DA DISCUSSÃO COLETIVA COM A COMUNIDADE – DIAGNÓSTICO DE CAUSAS DE NÃO CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS E ROTEIRO ARTÍSTICO

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO GRUPO CONTROLE E INTERVENÇÃO - HIPERTENSÃO

APÊNDICE G – POP _ REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM GRUPOS DA PESQUISA

APÊNDICE H – TEMA PALESTRA – HIPERTENSÃO

APÊNDICE I – ROTEIRO CONCEITUAL – HIPERTENSÃO

APÊNDICE J – ROTEIRO ARTÍSTICO

APÊNDICE K - LINK DO VÍDEO – UMA HISTÓRIA IMPRESSONANTE

APÊNDICE A**Perfil sociocultural do Grupo Base.**

1. Nome: _____
2. Idade Especificar: _____
3. Sexo: Feminino / Masculino
4. Contato Telefônico (pessoal ou algum parente/amigo próximo) _____
5. Endereço: Quadra _____, Lote _____, Casa _____, nº _____ QI _____, Al. Ou HM _____, Bairro: _____. Ponto de Referência: _____
6. Mora com alguém na mesma casa? SIM / Não.
Se SIM, com quem e Quantas pessoas moram com você?

7. Passa a maior parte do tempo com alguém ou mais consigo mesmo?
Especificar _____
8. Cuida de alguém algum período do dia? SIM/ Não
Quem? _____
Por quanto tempo? _____
9. Qual sua Unidade Federativa- UF de nascimento?
Especificar: _____
10. Reside neste município? SIM / NÃO Há quanto tempo?
Especificar: _____
11. Possui graduação/especialização/pós-graduação?
Especificar: _____
12. Há quanto tempo frequenta esta Unidade Básica de Saúde?
Especificar: _____
13. Qual sua rotina diária? (descrever as principais Atividades que executa durante um dia).
Especificar: _____

APÊNDICE B

Percepção do Agente e Técnico de Saúde sobre as principais dificuldades dos indivíduos da 403Sul em relação ao uso do medicamento

1. Diga-me, com suas palavras, de acordo com sua convivência e experiência com as pessoas que frequentam o CSC 403Sul, qual (is) são as perguntas mais comuns destas pessoas em relação ao uso do medicamento ou do cuidado da sua saúde?
2. Em sua opinião você acha que as pessoas que frequentam o CSC indicam medicamentos ou fazem uso de outros medicamentos para cuidar da saúde ou doença?

APÊNDICE C
Perfil do Conhecimento e Percepções de Saúde dos Indivíduos - Grupo Base

1. Você Consegue conversar com a enfermeira(o) ou médico (a) desta unidade? especificar:

2. Como você acha que está a sua saúde neste momento? Você Tem algum problema de saúde (Hipertensão, Diabetes, Problema Cardíaco)?

3. Você acha difícil cuidar da sua saúde? SIM / NÃO Porquê?:

4. Você consegue explicar a doença que você tem? SIM / NÃO / NÃO SEI. Nesta pergunta a pesquisadora perguntará o que ele sente (sintomas), porque acha que está doente (causas), porque acha que não melhora (continuidade do tratamento).

5. Você toma muitos medicamentos? SIM / NÃO Quantos? Especificar:

6. Tem dificuldade em tomar algum medicamento? SIM / NÃO Qual e Porquê? Especificar:

7. O que você acha que é Hipertensão? Especificar:

8. Como alguém adquire problema de Hipertensão? Especificar:

9. O que você acha que é Diabetes? Especificar:

10. Como alguém adquire problema de Diabetes? Especificar:

11. Onde você guarda seus medicamentos? Especificar:

12. Você já tomou remédio partido ao meio? SIM / NÃO Quem partiu o medicamento que você tomou? Para que era o medicamento? Especificar:

13. Quais os problemas que mais dificultam você a melhorar a sua saúde? Opções: não tomo o medicamento sempre (tomo e paro); começo e esqueço de continuar; não sei para quê tenho que tomar; alguém me disse que não é para usar esse remédio,; alguém me indicou outro medicamento; tomo medicamento fitoterápico para minha doença. Especificar:

14. Qual é a avaliação que você faz da sua saúde? Opções: muito ruim, ruim, médio, bom, muito bom. Especificar: _____
15. Você acha que está com alguma doença? Especificar: _____
16. O que é mais difícil para você quando você descobre que está doente ou com alguma doença? Especificar: _____
17. Com que frequência você vai a UBS? Opções: semanal, quinzenal, mensal ou aleatória
Especificar: _____
18. Qual a maior dificuldade que você tem quando vai a USF para tratar de alguma doença? Especificar: _____
19. Você entende quando a enfermeira (o) ou o médico (a) lhe explica sobre sua doença? SIM / NÃO O que você acha mais difícil neste momento? Especificar _____
20. Você entende quando a enfermeira (o), farmacêutico (a) ou o médico (a) lhe explica sobre como deve usar o medicamento? SIM / NÃO Especificar: _____
21. Quando você sente alguma dificuldade em relação a sua doença, ou ao modo de utilizar seus medicamentos, ou algum procedimento específico da sua doença o que você faz? Especificar: _____
22. Você já esqueceu alguma vez como deveria usar um medicamento? SIM / NÃO Como você fez? Especificar: _____
23. O que você gostaria de saber ou entender melhor em relação a sua saúde, ou medicamentos que faz uso ou sua doença? Especificar: _____
24. Você tem alguma dificuldade em lembrar como utilizar seus medicamentos? SIM / NÃO Especificar: _____
25. Alguma vez você usou o medicamento errado? Como foi esse uso (o que você errou)?Especificar: _____
26. Para você o que é usar o medicamento errado? Especificar: _____

APÊNDICE D
Roteiro da discussão coletiva com a Comunidade – Coleta de dados Temas de
Interesse pessoal

1. Quais as dúvidas que vocês tem em relação ao cuidado da saúde? Podem me dizer qualquer dúvida relacionada à uso de medicamentos, como tomar os medicamentos, se podem ou não misturar com mais alguma coisa. Ou podem ser dúvidas relacionadas a sua doença ou doença de algum parente, amigo, filho, neto. Fiquem à vontade!

APÊNDICE E
Roteiro da discussão coletiva com a Comunidade – Diagnóstico de Causas de
não Controle de Doenças Crônicas e Roteiro Artístico

1. Na opinião de vocês, o que vocês acham que levam as pessoas à não conseguirem controlar a Hipertensão/Diabetes/Doenças que promovem risco cardiovascular?
2. Diga-me, com suas palavras, o que é mais difícil de entender quando um médico (a), enfermeiro (a) ou farmacêutico (a) explica algo sobre sua doença, ou uma forma de tomar os medicamentos ou o modo como adquiriu esta doença ou a forma de prevenir a doença?
3. Quando você explica o que você tem para uma outra pessoa o que você acha mais difícil de falar? Sobre a doença, sobre o modo ou porque ficou doente, sobre como deve ser sua vida dali para frente ou sobre o modo como toma os remédios?
4. Em sua opinião, como os profissionais de saúde deveriam explicar sobre as doenças, modo de prevenção, uso dos medicamentos, agravamentos e modo de melhorar? Qual seria o modo mais fácil de compreender e não esquecer?

APÊNDICE F**QUESTIONÁRIO GRUPO CONTROLE E INTERVENÇÃO - HIPERTENSÃO**

Nome: _____

Idade: _____ **Telefone:** _____ **Sexo:** ()F ()M

Estudou até que série ou Quantos anos estudou: _____

Trabalha? () Sim () Não. **Qual Atividade?** _____

Mora com alguém? () Sim () Não. **Com quem?** _____

() Casado () Viúvo () Solteiro () Divorciado.

Renda Mensal: () até 01 S.M. () De 01 a 02 S.M () De 02 a 03 S.M () De 04 a 05 S.M. () Mais de 05 Salários Mínimos.

Melhor Horário para contato telefônico: () Manhã () Tarde () Noite

1. O(a) senhor(a) poderia me dizer o que é hipertensão?

2. Por que o(a) Sr(a) acha que as pessoas ficam com a pressão alta ou tem hipertensão?

3. Como é que uma pessoa pode saber que tem pressão alta constante ou Hipertensão?

4. O(a) Sr(a) acha que uma pessoa com pressão alta constante ou hipertensão tem que cuidar?

5. O que uma pessoa pode fazer para ajudar a controlar a pressão alta/hipertensão?

6. SE a pessoa não souber responder a pergunta de cima, o entrevistador deve fazer as perguntas específicas abaixo. O que a pessoa pode fazer em relação à:

a. E quanto a comida?

b. E quanto a tomar bebida alcoólica?

c. E quanto a fazer exercício físico?

d. E quanto ao sal?

e. E quanto a fumar?

f. E quanto ao peso?

7. Se a pessoa não controlar a pressão alta, o que pode acontecer?

8. O(a) Sr(a) pode me dizer como funciona um diurético para controlar a pressão?

9. E o Atenolol, como funciona?

10. Em qual lugar o(a) senhor(a) acha que não deve guardar os medicamentos em sua casa?

11. Como é que uma pessoa que tem pressão alta/hipertensão tem que tomar os seus remédios?

Observações:

APÊNDICE G
POP PARA ENTREVISTA NOS GRUPOS DA PESQUISA

 Universidade Federal de Pernambuco	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP		Página 1 de 2
Código 001-PPGIT	Data Emissão SET/2016	Data de Vigência SET/2016	Versão nº 001
ÁREA EMITENTE: Núcleo de Controle de Qualidade de Medicamentos e Correlatos			
ASSUNTO: Normas para Entrevistas com os grupos da pesquisa _ Tese Doutorado			

1) OBJETIVO

É objetivo deste procedimento estabelecer critérios e procedimentos de abordagem durante as entrevistas realizadas para a pesquisa de doutorado.

2) APLICAÇÃO

Este POP aplica-se a todos os alunos que terão a função de entrevistador.

3) PROCEDIMENTOS

3.1) Início da Entrevista

1. Cumprimente a pessoa e se apresente. Olhe nos olhos da pessoa, fale com calma e gentileza: “Bom dia, eu sou *a(o) (seu nome)* e estou aqui para fazer uma pesquisa sobre o que já foi informado as pessoas desse grupo sobre pressão alta. Vou lhe perguntar sobre o que o(a) senhor(a) já ouviu dizer sobre pressão alta. Mas para poder participar dessa pesquisa o(a) senhor(a) precisa aceitar que eu faça essas perguntas. O senhor pode participar?”
2. Se a pessoa concordar em participar favor ler o TCLE e ao final pedir para ela assinar. Caso não saiba ou não possa escrever, favor escrever o nome da pessoa e fazer um asterisco, dizendo (analfabeta ou com dificuldades de escrita).
3. Diga ao participante que essa pesquisa vai acontecer no próximo encontro do grupo. Só que no próximo encontro vai haver algo diferente, e que você precisa que ela esteja presente.
4. **Diga para a pessoa que não existem respostas corretas ou erradas. Que ela se sinta à vontade para dizer o que pensa, pois o que ela sabe ou já ouviu falar é o que queremos saber.**
5. Pegar o questionário preencher todos os Dados. Usar Letra Legível
6. Iniciar as perguntas.

 Universidade Federal de Pernambuco	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO POP		Página 1 de 2
Código 001-PPGIT	Data Emissão AGO/2016	Data de Vigência AGO/2016	Versão nº 001
ÁREA EMITENTE: Núcleo de Controle de Qualidade de Medicamentos e Correlatos			
ASSUNTO: Normas para Entrevistas com os grupos da pesquisa _ Tese Doutorado			

3.2) durante Entrevista

1. Use sempre palavras simples, populares e coloquiais.
2. Seja natural e gentil.
3. Não use termos científicos ou técnicos em nenhum momento que precisar repetir alguma pergunta ou responder alguma pergunta do participante.
4. Sempre olhe nos olhos da pessoa e fale com tranquilidade.
5. Não faça nenhuma expressão de concordância ou discordância de nada que o participante lhe disser.
6. Mantenha postura humana e respeitosa. Não fale alto, grite ou brinque enquanto estiver trabalhando ou aguardando os demais.

3.3) Final da Entrevista

1. Ao final agradeça carinhosamente a pessoa e diga que no próximo encontro do grupo é importantíssimo que ela esteja presente para participar do nosso último encontro. E que você ficará muito feliz se ele puder voltar, para tomar um café da manhã conosco e fazermos a despedida.
2. Confirme o telefone, melhor horário para ligar e se o TCLE está assinado.
3. Agradeça novamente e despeça da pessoa. Faça as observações que forem necessárias ao final do questionário, organize o material para entregar a pesquisadora (TCLE, Questionário e Caneta).
4. Mantenha silêncio e postura profissional. Somente conte e comente com a pesquisadora o que lhe foi informado pelo participante. É proibido divulgar qualquer informação fornecida pelo participante ou pesquisadora à outrem.

APÊNDICE H

TEMA PALESTRA - HIPERTENSÃO

Palestrante deve abordar prioritariamente:

Conceituação, Diagnóstico, Sintomatologia, Prevenção e cuidados que os hipertensos devem ter consigo, Tratamentos Medicamentosos e Não Medicamentoso, Fatores de Risco, Doenças causadas pela Hipertensão, Plantas que não podem ser utilizadas para indivíduos que utilizam medicamentos para Hipertensão.

APÊNDICE I

ROTEIRO CONCEITUAL – HIPERTENSÃO

1. O que é Pressão Alta?

A hipertensão arterial sistêmica (Pressão Alta - PA) é um estado do indivíduo causado por vários fatores e se caracteriza por níveis altos e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$). Está associado, às alterações no funcionamento e na estrutura dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações no metabolismo, com aumento do risco de problemas no coração e nas veias que podem ser fatais e não fatais

2. Quais são os Fatores que podem me levar a ter Pressão Alta ou que mantem a pressão alta?

Hábitos Alimentares não saudáveis (Comer pouca fruta e verdura); Comer muito produto industrializado (conserva, molhos, temperos prontos, tabletes de temperos, tipo Knorr, comida congelada, sopas industriais, biscoitos, salame, salgadinhos, chips, comida gordurosa e salgada), Sedentarismo; Obesidade; Histórico de pai/mãe com Pressão Alta, bebida alcoólica, stress e fumo.

Quanto mais alimento saudável (pouco sal, mais verdura, fruta) você come menos alimento ruim você ingere, logo menos sal e menos gordura entram no seu corpo.

3. Porque fazer atividade física, comer comida saudável e não beber nada alcoólico é bom para abaixar a Pressão?

Hábitos Alimentares não saudáveis (Comer pouca fruta e verdura); Comer muito produto industrializado (conserva, molhos, temperos prontos, tabletes de temperos, tipo Knorr, comida congelada, sopas industriais, biscoitos, salame, salgadinhos, chips, comida gordurosa e salgada), Sedentarismo; Obesidade; Histórico de pai/mãe com Pressão Alta, bebida alcoólica, stress e fumo.

Quanto mais alimento saudável (pouco sal, mais verdura, fruta) você come menos alimento ruim você ingere, logo menos sal e menos gordura entram no seu corpo.

Quando você faz atividade física regular (no mínimo 03 vezes por semana por 50min, você queima as gorduras armazenadas no corpo, nos órgãos e a quantidade de gordura circulante no sangue diminui, logo a PA que o sangue faz nas veias diminui, pois “sobra mais espaço dentro das veias”.

A bebida alcóolica diminui o efeito de muitos medicamentos para PA, logo se alguém todo remédio para PA e toma bebida alcóolica o efeito do remédio diminui. Então a PA não abaixa.

4. Você sabia que?

Se você tiver uma alimentação com frutas, vegetais e pouco consumo em gordura e sal é possível reduzir a pressão em 8 a 14 mmHg;

Se você tiver uma atividade física por 30 minutos, no mínimo, por 4 ou 5 dias por semana é possível reduzir a pressão em 4 a 9 mmHg;

Se você evitar bebida alcóolica é possível reduzir a pressão em 2 a 4 mmHg;

Se você reduzir o seu peso e manter o índice de massa corporal entre 18,5 e 24,9 Kg/m é possível reduzir a PA em 5 a 20 mmHg.

5. Porque Fumar aumenta a pressão?

O cigarro diminui a ação dos medicamentos para pressão alta, logo a pessoa que fuma e toma o medicamento para pressão, esse medicamento não funciona como deveria. O medicamento funciona bem pouco, sendo assim a pressão continuará alta pois o medicamento não age totalmente. O fumo também aumenta os problemas no rins e o risco de problemas no coração, problemas que já podem acontecer com quem já tem a pressão alta.

6. Porque tenho que cuidar do que eu como?

Toda a comida que entra para dentro do corpo será parte absorvida e parte descartada. Se você come alimentos que tem sal, gordura ou que são alimentos industrializados, você estará ingerindo muito sal.

Alimentos industrializados como macarrão instantâneo (tipo miojo), temperos prontos (tipo caldo Knorr ou semelhantes), salame, presunto, linguiça, carne de charque, maionese, conserva, comida congelada (comida pronta), ketchup, bife de hambúrguer possuem muito sal (para dar sabor e atuar também como conservantes do produto). Os alimentos Light e Diet também possuem mais sal que os comuns.

O sal e as gorduras são facilmente absorvido pelo corpo, logo se você come este tipo de comida ou come comida com mais sal, terá muito sal entrando no sangue. Quanto mais sal e gordura entra no sangue, maior é a quantidade de água que deve estar no sangue para se igualar a quantidade de sal e gordura (para que o sangue possa circular pelo corpo). Quanto mais água entra no sangue para diluir a quantidade de sal e gordura, maior é a pressão que esses componente, que estão no sangue, fazem sobre as paredes dos vasos. Logo maior será a pressão em todos os vasos e artérias, logo maior será a pressão arterial.

Portanto diminuir a quantidade de sal e gordura, diminui a pressão nos vasos e artérias. Se você cuidar do que come, mudando sua alimentação para uma alimentação com menos sal e gordura, sua pressão irá diminuir e você poderá diminuir a quantidade de remédio que você toma.

7. Sintomas de Pressão Alta?

O sinais aparecem lentamente, é uma doença silenciosa, o aumento da pressão acontece ao longo do tempo, sem que a pessoa sinta dor ou algo parecido. Quando a pressão já está alta e isso já ocorre por algum tempo aparece sintomas como: dor de cabeça, nuca fica dura, falta de ar, coração disparado ou batendo rápido, visão embaçada, dormência nos braços ou mãos.

8. Como se sabe que está com Pressão Alta?

Existem vários tipos de exames, o exame mais comum é o Exame de verificação de pressão. Se estiver com pressão arterial entre 130/139 por 85/89 é o valor limite. Acima desse limite é considerado com Pressão Alta, abaixo desses valores é considerado Pressão Normal.

9. Estou com Pressão Alta o que fazer?

Você deve controlar a pressão para que ela não aumente (tomar o remédio), fazer de tudo para diminuir os fatores que levam ao aumento da pressão no sangue (diminuir no sal, na comida com gordura, não beber, evitar comida industrializada - Cuidar do que se come), gastar a gordura em excesso no corpo fazendo alguma atividade física regular (no mínimo 04 vezes por semana por no mínimo 30 minutos). Adquirir o hábito de comer alimentos saudáveis (frutas, verduras e legumes), evitar bebida alcoólica e cigarro.

10. Porque tenho que usar o remédio sempre nos dias e horários que o médico prescreveu?

O medicamento tem que ser utilizado todos os dias e sempre nos mesmos horários que o médico prescreveu. O medicamento é igual comida, a pessoa come todo dia e geralmente segue um horário, uma rotina. Com o medicamento é a mesma coisa. Não é possível comer hoje (no café da manhã) e só voltar a comer 01 dia depois (no próximo café da manhã). Assim como se come todo dia, é necessário tomar o medicamento e seguir os dias e horários certinho. O remédio faz o efeito na hora e mantém esse efeito se for mantido a rotina de tomar sempre nos horários e nos dias estabelecidos. A gente não esquece de comer, porque sente a fome. Mas a gente não sente fome de tomar remédio, por isso o medicamento deve ficar em um local fácil de pegar e de ver, para a gente ver e se lembrar de tomá-lo. Quando virar um hábito é mais fácil de não esquecer, mas para isso

acontecer temos que manter os dias e os horários para criar essa rotina e assim virar um hábito.

11. O que a Pressão Alta pode causar?

Infarto (coração), derrame (AVC – na cabeça), má funcionamento do rim, problema de visão, redução da qualidade de vida (redução da mobilidade, da força e do ânimo em fazer atividades que fazia anteriormente), problema de rim.

12. Plantas e os medicamentos para Pressão, tem algum problema?

Alcaçuz, diminui o efeito dos diuréticos e da furosemida.

Ginkgo Biloba diminui o efeito dos diuréticos e causa aumento de pressão;

Ginseng mais furosemida diminui a ação dos diuréticos. Logo aumenta a pressão;

Erva de São João diminui o efeito do Atenolol (betabloqueador), Metropolol, Carvedilol, Anlodipino, Nifedipino. Logo aumenta a pressão;

Ginkgo Biloba, Ginseng e suco de Toranja, aumenta os efeitos adversos do Nifedipino;

13. Você sabia que se você reduzir seu peso sua Pressão irá reduzir?

É provado pela ciência que se uma pessoa reduz seu peso sua pressão reduz. Cada 01kg que a pessoa perde ela perde aproximadamente 01mmhg na pressão.

Se você reduzir o peso, reduzir o consumo de alimentos com sal e gordura e reduzir bebidas alcóolicas, sua pressão pode reduzir até 10mmhg.

Isso acontece porque a pressão está relacionada com a quantidade de gordura que o corpo tem armazenado nos tecidos e órgãos. Quanto mais gordura armazenada, pior é o armazenamento da glicose. Logo diminuir o peso é ótimo para diminuir a pressão e a diabetes. Este é o verdadeiro faça 01 (diminua o peso) e ganhe 02 (redução da pressão e do diabetes).

APÊNDICE J

ROTEIRO ARTÍSTICO

1 – Início da História

Olá pessoal, atenção, vou contar uma história ImPRESSÃOnte. Sobre o senhor Salustiano Saturado. O senhor Salustiano Saturado é uma pessoa como qualquer um de nós! Que gosta de comer uma comida com sabor, muito sabor. Ele não abre mão de comer, sal e uma comida temperada. Bem temperadinha... com sal, temperinho pronto. Comida tem que ter sabor, né! E uma gordurinha. Mas...É claro que as comidas preferidas do Seu Salustiano são: bacon, feijoada, churrasco, costela, biscoito recheado, macarrão com sopa instantânea, suco pronto, pipoca doce ou salgada, caldo de carne, tempero pronto e salgadinho.

Seu Salustiano sempre come essas comidas, quase todos os dias. Seu Salustiano tem aproximadamente 50 anos e durante toda sua vida sempre trabalhou muito. É uma pessoa trabalhadora, mas ele nunca fez atividade física. Ele gosta mesmo é de ficar deitado no sofá, assistindo TV, relaxando, descansando e comendo alguma coisinha enquanto isso.

Seu Salustiano tem o hábito de fumar e de beber. Ele fuma cigarro e às vezes: charuto, cachimbo, fumo de rolo e bebe uma cervejinha, vinho, cachaça. Enfim.. Ele fuma todo dia e bebia alguma bebida alcoólica pelo menos aos finais de semana. Afinal né; final de semana é para descansar! Pensa seu Salustiano.

Seu Salustiano passou a vida toda fazendo isso, por muito tempo. Durante muitos anos, e tendo uma vida sedentária, bebendo, fumando e comendo um salzinho e gordurinha. O tempo foi passando e Seu Salustiano foi vivendo essa vida. Às vezes sua família e seus amigos falavam que isso era ruim, que podia trazer algum problema de saúde. Mas seu Salustiano dizia que não sentia nada, então prá que se cuidar? . E assim como ele não sentia dor nem nada. Ele continuava a vida. E os amigos e os parentes voltavam a aconselhar: “Seu Salustiano vai no médico, vá dar uma olhada nisso rapaz! Você tá engordando muito”. Mas ele nunca deu ouvidos, afinal não estava sentindo dor nenhuma. A vida foi passando, até que um dia seu Salustiano sentiu uma dor forte no peito, e essa dor ia para o braço. E também sentiu uma falta de ar muito grande. Pluft! Seu Salustiano não viu mais nada. Alguém chamou uma ambulância e ele foi levado imediatamente para o hospital.

Seu Salustiano teve um infarto e ele fez uma cirurgia as pressas, para salva a sua vida.

Depois da cirurgia e do tempo de recuperação Seu Salustiano foi encaminhado para uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o postinho, mais próximo da casa dele. Chegando lá foi consultar com um médico. Vamos ver?

- Atenção Senhor Salustiano Saturado, por favor me acompanhe!

NARRADOR: Bem, agora começa uma nova história para o senhor Salustiano Saturado

Tempo do vídeo até este momento: parte 01 – 04’20

PARTE 2 – No Consultório

- **M:** - Bom dia seu Salustiano! Em que posso ajudar?
- **S:** - Bom dia! Na verdade eu sofri um Infarto! Fiz uma cirurgia, e depois me mandaram para cá!
- **M:** - Ahh!! Entendi! E como o senhor se sente?
- **S:** - Olha antes eu não sentia nada, só senti na hora do enfarto umas coisas diferentes como: Dor de cabeça (aqui no quengo), senti a nuca dura (parece um pedaço de pau, um porrete), falta de ar (a língua fica para fora), sabe meu coração ficou assim...parecendo que tava dentro de um liquidificador, batendo (bubububu). Ave Maria batendo demais, e também ficou assim com a visão embaçada (as vista parecendo que tinha uns vidro, um saco plástico na frente, meio embaçado), e também uma dormência nos braços e nas mão também. Parecendo que estavam dormindo, sabe? Assim... ficou dormindo. Bom doutor, eu não sei! Foi isso!

NARRADOR: O médico mede 2 vezes a pressão do Seu Salustiano e fala...

- **M:** - Seu Salustiano... o senhor é Hipertenso! Tem a pressão alta constante! E pelo visto isso acontece ha muito tempo, tanto é que o senhor infartou. Seu Salustiano a pessoa que é Hipertensa ou seja que Pressão Alta por muito tempo, essas pessoas, normalmente não sentem nada, mesmo estando com a pressão alta. Por isso é que a gente chama a hipertensão de Doença Silenciosa ou Morte silenciosa. A pessoa tem pressão alta, está correndo risco, mas como não sente dor, nem nada. Ela não vai ao médico, não controla a pressão, não se trata, deixa o tempo passar, aí quando acontece algo grave é que ela descobre que está com pressão alta. Na verdade tudo aquilo que o senhor estava sentindo

(nuca dura, bateadeira no coração, vista embaçada e etc) era porque o senhor estava enfartando. O senhor tem Pressão alta constante.

- **S:** - Vixe doutor ! O que é isso?
- **M:** - Calma seu Salustiano! É bem fácil de entender!

De uma forma simples de se entender: Pressão Alta é um valor alto e continuo da força que o sangue faz nas paredes das veias e artéria do corpo.

- **S:** - Ihhhh ! Não entendi nadinha de nada!
- **M:** - Vou explicar melhor! Exemplo.

Explicação da HAS

- **M:** Seu Salustiano, olhe bem, o nosso coração é uma bomba que faz o sangue circular por todo o corpo e todos os órgãos. Vai do pé até a cabeça e da cabeça até o pé. O sangue circula pelo corpo através das veias e artérias. Preste atenção, nós temos as veias e as artérias que vou representar aqui por esse tubo. E aqui temos o sangue, em vermelho. O sangue passa pelas veias ou artérias tranquilamente. Está vendo?

Bem... Mas quando a gente come comida gordurosa o excesso de gordura se acumula, se deposita no corpo e nas veias. Logo o sangue não tem mais o mesmo espaço para passar pelas veias ou artérias. O sangue passa com mais dificuldade. Logo o sangue faz mais força, mais pressão para passar pelas veias ou artérias.

Se a pessoa também tem o hábito de comer comida com sal. Esse sal chega no sangue e puxa água para entrar no sangue, para ralar, para diluir (digamos assim) o excesso de sal que está no sangue. Logo o sangue fica mais “cheiiiiio”. O sangue fica com mais volume. E como o sangue está mais cheio, ele faz mais força na parede dos vasos e das artérias. O sangue mais cheio pressiona mais as paredes dos vasos e artérias.

Agora Seu Salustiano, imagine a pessoa que come comida gordurosa e comida tempera com sal. O que acontece? A gordura entra e fica ocupando espaço na veia, o sal aumenta o volume do sangue. Então o sangue vai fazendo muita força, muita pressão na parede dos vasos, das veias e das artérias, muito. Está muito difícil passar nas veias e artérias. Está tudo pressionado, tudo muito difícil. Quando essa dificuldade é muito grande que a veia ou artéria se arrebenta

Seu Salustiano as veias e artérias podem arrebentar ou então o excesso de gordura pode fazer as veias entupirem e não deixar o sangue passar. Então onde não chega o

sangue essa parte morre. Olha Seu Salustiano quando rompe ou entope uma veia no coração damos o nome de enfarto; e quando rompe ou entope uma veia na cabeça damos o nome de AVC ou Derrame. Ficou mais claro senhor Salustiano?

- **M:** - Entendeu que a pressão alta pode causar Derrame e Infarto?
- **S:** - Acho que sim...
- **S:** - Pressão alta é quando eu entupo minhas veias com tanta gordura e como tanto sal que... O sangue tem dificuldade de passar pelas veias e artérias.
- **S:** - Mas como eu sei que estou com pressão alta?
- **M:** - É muito fácil. Basta fazermos um exame de verificação de pressão como eu fiz agora Vamos fazer agora de novo. Me dê seu braço, vamos lá... Vamos ver qual foi o resultado? 152/85 mmhg. Bem Seu Salustiano, veja que ela está alta ainda.
- **S:** - Vixe!!! E agora!!! O que eu faço?
- **M:** - Algumas coisas Salustiano: reduzir sal, reduzir gordura, Fazer atividade física regular. Também é bom seu Salustiano: evitar bebida alcoólica, evitar cigarro ou outro tipo de fumo, evitar comida industrializada. Não é?
- **S:** Mas doutor... quais alimentos eu tenho que evitar então?
- **M:** Bacon, Feijoada, Churrasco, Costela, biscoito recheado, macarrão desses instantâneos, sopa artificial, ou suco artificial, tempero pronto, pipoca, salgadinho e outras coisinhas mais. Entendeu seu Salustiano?
- **S:** - Entendi. Mas doutor o que comer então?
- **M:** Olha Seu Salustiano, você pode dedicar a todos os tipos de frutas que o senhor mais gosta. Por exemplo: acerola, banana, laranja, limão e todas as outras frutas que o senhor gosta. Também é comer todos os tipos de verduras e legumes que o senhor gosta. Como: couve, bata doce (que é um tubérculo), berinjela, alface, beterraba, abobrinha, rúcula. Enfim todos os tipos de verduras, legumes e tubérculos que o senhor gosta. Entendeu?
- **S:** - Entendi. Mas doutor... e porque tenho que fazer atividade física?
- **M:** Seu Salustiano, toda e qualquer pessoa deve fazer atividade física. Sabe porquê? Porque ela reduz a gordura que está acumulada no seu corpo. Dentro das veias e artérias queima a gordura que está acumulada no seu corpo dentro dos órgão, das veias e artérias. Além da gordura dos alimentos que você come. Além disso ela melhora a circulação do sangue; melhora a capacidade das

funções dos órgãos e músculos. Além é claro de reduzir o stress e dá a sensação de bem estar que é o que o pessoal fala que melhora a autoestima.

- **S:** - E se eu fizer exercício físico 2 vezes na semana? Tá bom né!?
- **M:** - E me diz uma coisa: - O senhor fuma e bebe, não é?
- **S:** - Sim é verdade! Mas doutor... Porque tenho que parar de fumar e beber?
- **M:** Não, Não, Não. Temos que fazer pelo menos 3X por semana, por no mínimo 50 minutos. E pode ser qualquer atividade física que o senhor goste, desde que seja do tipo aeróbica como chamamos. Por exemplo, pode ser: ginástica, andar de bicicleta, dançar, caminhar com um amigo, jogar tênis, jogar futebol, nadar. Mas sempre pelo menos 3x por semana, por no mínimo 30 minutos. Compreendeu seu Salustiano? O que não pode é só fazer musculação.
- **S:** Compreendi. Na verdade é o cara não pode ser preguiçoso, né?
- **M:** É. Mas me diga uma coisa Seu Salustiano. O senhor fuma e bebe, né?
- **S:** Sim é verdade, eu fumo e bebo.
- **M:** - Pois o senhor deve parar de fumar e de beber!
- **S:** Mais Doutor... Porque eu tenho que parar de fumar e de beber? Eu fumo e bebo só de vez em quando. Nos finais de semana, assim...
- **M:** Bem Seu Salustiano, é muito simples: Nós temos o fumo que pode ser o cigarro, fumo de rolo, cachimbo, charuto, e etc. Quando a gente fuma tem uma sensação de relaxamento que uma substância chamada nicotina dá pra gente. Mas ela também aumenta a pressão!! Esse é o problema!! No estômago ela faz com que a digestão não seja boa. Além disso causa problemas no pulmão, podendo até ser câncer. E o pior é que a gente sabe que quem fuma tem mais possibilidade de ter enfarte!
- O álcool em grandes quantidades também pode causar problemas, ele traz doenças graves. E ele contribui para aumentar a pressão. Veja só quanta coisa ajuda a aumentar a pressão arterial e trazer problemas como enfarto e derrame!! Outra coisa que a gente tem que cuidar é que o álcool e o fumo podem ter uma reação com os medicamentos e pode cortar um pouco o efeito deles.
- **S:** AH! Tá certo. O fumo e a bebida aumentam a pressão e ainda por cima traz mais doença!! E também pode corta o efeito do medicamento. Quer dizer eu estou me sentindo bem agora bebendo e fumando bastante e eles tão roendo minha saúde!!
- **M:** Exatamente seu Salustiano.

- **S:** Ah! Entendi tudinho! Mas tem que cortar tudo mesmo?
- **M:** Olha seu Salustiano, o que pode fazer é tomar um pouco de cerveja, vinho ou cachaça, por exemplo. Mas não pode exagerar. Agora com o fumo tem que parar mesmo. O problema é que quando as pessoas começam a beber não param!!
- **M:** Olha, pegue esses papeis, são pedidos de exames. E aqui está sua receita medicamentos. Você vai tomar Hidroclorotiazida que é um diurético e Atenolol. Chamarei nossa farmacêutica, Dona Eulália, para explicar como usar o medicamento e tirar suas dúvidas.
- **S:** Oba até que enfim uma pessoa para me tirar uma dúvida sobre os remédios.

Parte 02 – Tempo do vídeo desta parte 02 é de 11’96

Tempo do vídeo até este momento: parte 01 e 02– 16’16

Parte 03 – Tempos depois.... Ao encontro da Farmacêutica

Narrador: Tempos depois a nossa história toma novas aventuras. Lá vai seu Salustiano ao encontro da Farmacêutica.

- **S:** Olá dá licença. Estou entrando.
- **F:** Vamos entrar, vamos entrar.
- **S:** Eu sou o seu Salustiano. A senhora é a dona Eulália?
- **F:** Sou eu mesma, a farmacêutica do posto. Sente-se.
- **S:** Dá licença, estou sentando.
- **F:** Pois não. Olá seu Salustiano! Em que posso lhe ajudá-lo?
- **S:** Dona Eulália, tô com uma dúvida. O médico me receitou esse remédios, mas para que eles servem e porque tenho que tomar dois remédios para pressão?
- **F:** Seu Salustiano, vou te explicar sobre os remédios que o médico receitou e porque o senhor vai tomar 02 remédios para a pressão. Tudo bem? Vamos lá? O senhor sabe como funciona e para que serve os remédios que o médico receitou?
- **S:** Não.
- **F:-** O médico receitou Diurético e Atenolol. Então vamos entender sobre esses remédios.

REMÉDIOS (MEDICAMENTOS): COMO FUNCIONA DIURÉTICO.

- **F:** Seu Salustiano o Diurético é um remédio que elimina o sal que está circulando dentro das suas veias e artérias, pelo xixi. Mas atenção, esse remédio não é para que o Senhor faça mais xixi. Ou porque o Senhor está com problemas em urinar. Esse remédio é para tirar o sal do seu corpo toda vez que o Senhor fizer xixi. Olhe esse meu desenho: Temos aqui o sangue circulando dentro de uma veia. Quando o Senhor toma o diurético, o sal que está circulando dentro do sangue, sai do seu corpo, junto com a água que vai para o xixi. Diminuindo a quantidade de sal dentro do seu corpo a Pressão baixa.

- **F:** Entendeu, seu Salustiano?

- **S:** Ah! Entendi Dona Eulália! Eu vou fazer xixi, o sal vai sair junto com o xixi. E aí a pressão vai baixar.

F: Isso mesmo! Seu Salustiano, você vai tomar 02 remédios, porque cada remédio funciona de um jeito diferente para manter a pressão baixa. Um foi o Diurético. Agora é o Atenolol, vamos ver como ele funciona?.

Bom seu Salustiano, vou representar aqui nesse papel, dois corações, de duas pessoas que vivem na mesma cidade e que são hipertensas ou seja tem pressão alta constante. O primeiro coração é de alguém como o senhor, que é hipertenso e que TOMA Atenolol. O coração de baixo é de alguém que é hipertenso, mas NÃO toma Atenolol.

O coração da pessoa que toma Atenolol será representado por esse carro aqui – um carro normal. O coração da pessoa que não toma Atenolol será representado por esse carro aqui – um carro de fórmula 1.

Agora Seu Salustiano imagine que essas duas pessoas precisam andar pela cidade, no horário de pico. Onde as ruas estão lotadas de carro.

O coração de quem TOMA Atenolol está mais adequado para andar no horário de trânsito cheio, já que vai gastar menos o motor do carro, consumir menos gasolina e chegar no local tranquilamente, forçando menos o motor.

Já o carro de quem NÃO toma o Atenolol, vai forçar muito o motor, gastar mais gasolina, querer correr demais e até correr o risco de bater.

Ou seja, seu Salustiano, quando a gente tem hipertensão é melhor tomar o ATENOLOL e ter um coração que se pareça com esse carro que anda mais tranquilo, sem forçar tanto o motor, já que o trânsito está lotado de carros.

Senão, a gente corre o risco de deixar o nosso coração como o carro sem o Atenolol, ou seja, como o carro de corrida que, ao andar num trânsito lotado, força muito o equipamento e corre o risco de bater ou fundir o motor tendo um infarto ou derrame.

- **F:** Entendeu, seu Salustiano?
- **S:** Ah! Entendi Dona Eulália! Meu coração vai fazer menos força para bombear sangue... Aí a pressão vai baixar. Nossa esse remédio é bom pra mim que sofri infarto!
- **F:** Sim seu Salustiano. É mais indicado para o senhor.
- **F:** Mas seu Salustiano, lembre-se nada substitui diminuir sal e gordura, e fazer exercícios físicos.
- **S:** Ah sim! Isso eu já aprendi começarei Já!
- **F:** Também nada de fumar e beber só um pouquinho!
- **S:** Entendi: nada de sal, nada de gordura, nada de fumar beber só um pouquinho e tudo de exercícios físicos.
- **F:** Perfeito! Mas o senhor tem dúvidas sobre como tomar os remédios que o médico receitou?
- **S:** Não! Entendi tudinho!
- **F:** E lembre-se que o senhor deve tomar sempre nos mesmos dias e horários.
- **S:** Ah! Acho difícil! Porque tem que ser assim?
- **F:** Vou te explicar.

PORQUE TOMAR REMÉDIO SEMPRE NOS MESMO DIAS E HORÁRIOS

- **F:** Vamos imaginar que o seu corpo Seu Salustiano é esse bebê, e o remédio do senhor é essa mamadeira. Vamos dizer que o senhor combinou de dar a mamadeira para o bebê as 10h da manhã. Então sempre que é 10h da manhã o bebê (que é o seu corpo) toma a mamadeira (que é o remédio). E ele fica feliz e tranquilo.
- Agora vamos imaginar que o senhor teve que fazer algo urgente, muito urgente e então o senhor resolveu dar a mamadeira (que é o remédio) para o bebê (que é o seu corpo) as 09h da manhã. Para agilizar sua vida. Então quando o senhor chega para dar a mamadeira, para o bebê, ele não quer a mamadeira naquele horário. Porque ele ainda está cheio, ele ainda está satisfeito da última refeição.

O bebê vai ficar brincando com a comida, o bebê vai desperdiçar essa comida. E o senhor vai estar jogando comida e dinheiro fora.

Agora vamos imaginar que o senhor teve uma manhã muito atribulada, cheia de atividades, algumas preocupações e acabou se esquecendo de dar a mamadeira no horário certo. E você chegou para dar a mamadeira e ... nossa... já era 11h da manhã. Quando o senhor foi dar a mamadeira para o bebê, ele estará chorando, gritando de fome, porque passou muito tempo da hora que o bebê estava acostumado a tomar a mamadeira. Por isso ele está chorando, ele vai estar sentindo muita falta da mamadeira, durante todo esse tempo. O bebê vai estar desesperado, querendo a comida. O que significa que a sua pressão vai estar alta, e o senhor estará correndo sérios risco de vida, por não ter dado a mamadeira na hora certa.

Resumindo Seu Salustiano:

- Para você tem um bebê feliz, tranquilo, respeitando a rotina do bebe. É preciso dar a mamadeira sempre nos mesmos horários e nos mesmos dias. Que no nosso caso aqui, de exemplo é as 10h da manhã. Seu Salustiano preste atenção no nosso resumo final sobre essa questão:

O correto é:

- O remédio deve ser tomado na Hora Certa, para fazermos a coisa certa com nosso corpo. Pois se o Senhor tomar antes, vai dar excesso/sobra; pois o corpo não está precisando de remédio. Já se o senhor tomar o remédio depois vai dar falta/carência, pois o corpo está sentindo faltado remédio. Então o correto é tomar na hora certa. Para o senhor não se esquecer, deixe o remédio sempre num lugar fácil de ver e de pegar. E cuidado para não misturar os remédios que são parecidos. O senhor deve saber qual o remédio de cada hora, para não tomar o remédio errado. E é claro: sempre longe do sol, lugares úmidos e das crianças.
- **F:** Entendeu, seu Salustiano?
- **S:** Ah! Entendi Dona Eulália! É questão de economia. Se tomo antes meu corpo desperdiça o remédio. Já se tomo depois meu corpo custa a recuperar o equilíbrio, e eu fico correndo risco nesse tempo que fiquei sem o remédio.
- **F:** Muito bem, seu Salustiano. Agora é só praticar! E lembre-se: qualquer dúvida sobre plantas ou sobre seus medicamentos é só me procurar. Estou sempre à disposição!

- **S:** Pode deixar Dona Eulália, qualquer dúvida eu volto. Grande abraço, tchau! Tchau!
- **F:** Tchau seu Salustiano!

NARRADOR: Bem pessoal para finalizar nossa história vamos ver o que aconteceu com o senhor Salustiano quando ele chegou em Casa.

Parte 03 – Tempo do vídeo desta parte 03 é de 10’13

Tempo do vídeo até este momento: parte 01, 02 e 03 – 26’29

PARTE 04 - CHEGANDO EM CASA

- **S:** Amor?! Cheguei!
- **E:** Nossa demorou demais. O que você tem, meu bem?
- **S:** Tenho Pressão Alta!
- **E:** Nossa, o que é isso. O que vamos fazer agora?..
- **S:** Calma... Calma, não se agite eu te explico tudinho. Eu aprendi lá no consultório, que pressão alta é quando eu entupo minhas veias com tanta gordura e com tanto sal, que o sangue tem dificuldade de passar pelas veias e artérias.
- **E:** Vixe! Como você ficou assim?
- **S:** Foi de tanto comer essas comidas que eu gosto. Eh, bacon, feijoada, churrasco, costela. Essas frituras em geral que eu gosto e que você sabe. É biscoito recheado, macarrão instantâneo, sopa de saquinho, pipoca, esses caldo de carne (que eu adoro, mas u descobri que é salgado que só), salgadinho. Todas essas coisas que eu gosto, que não presta entendeu?
- **E:** E agora?! O que vamos comer?
- **S:** A gente pode comer um bocado de coisas. Por exemplo a gente pode continuar comendo nosso feijão com arroz. É só diminuir na quantidade de sal e não botar esses tabletinhos de tempero. E não botar essas coisas que você inventa também de Shoyo... Além disso a gente pode comer umas coisas mais sofisticada, por exemplo, tudo quanto é qualidade de frutas a gente pode: acerola, banana, morango, essas coisas todas, laranja, limão. E tudo quanto é tipo de verduras e legumes. A gente pode

fazer umas saladas de berinjela, batata-doce. Umas batatas. Uns negócio desse... Sabe? Uns alface, essas coisas tudo... couve... essas coisas tudo que você sabe fazer até melhor do que eu. E tem mais, vou parar de fumar e de beber pois fumar e beber causa muitas outras doenças, além de que pode cortar o efeito dos remédios que o médico receitou.

- **E:** Que maravilha! Eba! Adeus fedor de fumaça e de cachaça! Eh!
- **S:** Gostou, né? Pois vai gostar mais ainda porque tenho que fazer exercícios físicos 3X por semana, por 50 Min. no mínimo.
- **E:** Eita meu Deus! Mas isso não é uma doença é uma benção, porque você vai: Comer melhor; Parar de fumar; Parar de beber. E ainda vai ter que caminhar comigo 3X por semana. Tá bom demais!
- **S:** E tem mais umas coisas que a farmacêutica explicou.
- **E:** Farmacêutica? Como assim farmacêutica?
- **S:** Calma amor, ela tem idade para ser nossa neta.
- **E:** Sei. Sei. Então me diz o que contou essa sua neta da farmácia?
- **S:** Ela me disse um bocado de coisas, assim... Ela me explicou que eu vou tomar 02 remédios diferentes para controlar a minha pressão. O primeiro é um DIURÉTICO. Diurético se você não souber é para o sal sair pelo meu xixi. E também eu vou tomar um remédio chamado Atenolol que serve para diminuir a força que o coração faz para bombear o sangue para o corpo todo.

Agora ela me disse uma coisa que eu quero que você me ajude, por favor, botando seu despertador pra funcionar. É que ela me disse que eu tenho que tomar o remédio na hora certinha que o médico mandou, nem antes, nem depois, senão o remédio não trabalha direito. Também é bom eu guardar o remédio num lugar que eu possa ver ele, para não perder a hora e deixar ele longe do sol, que sol não faz bem para o remédio não. E também não pode guardar dentro do banheiro ou lugar úmido. Compreendeu?

- **E:** Nossa! Quanta informação! Mas agora dá licença que eu estou indo lá!
- **S:** Lá aonde?
- **E:** Lá na farmácia, pra ver se essa farmacêutica tem idade de ser minha neta mesmo.

- S: Calma! Olha a pressão! Olha a pressão!... Tá subindo!
- E: Não tenho problema de pressão nenhuma.
- S: Tem homem! Vamos, espera aí! De quem é a pressão. A pressão é minha! Você esta aí...
- E: Então se acalme você! Porque eu estou indo lá, é já!
- S: Espera aí! Espera aí, minha filha! Se acalme! Deixe de agonia...

Narrador: Bem pessoal, chegamos ao fim da nossa história. Uma história que acontece com muita gente por aí! Mas, a vida do seu Salustiano, há... Essa continua ImPRESSÃOantemente diferente! Ele está muito mais feliz, reduziu o peso, tem mais ânimo e muito mais bom humor. É isso aí, seu Salustiano!!!

Parte 04 – Tempo do vídeo desta parte 03 é de 05’79

Tempo do vídeo até este momento: parte 01, 02, 03 e 04 – 32’08

APÊNDICE K

Link Vídeo You Tube: Uma História ImPRESSÃOante

O link do vídeo 1ª versão: <https://youtu.be/9IhWXYDjYwc> (34' minutos).

Link do Vídeo versão final: <https://youtu.be/k-FiEHsA6oY> (32'08 minutos).

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

ANEXO B – QUESTIONÁRIO AVALIATIVO DA COMUNIDADE PARA O MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL

ANEXO C – FORMULÁRIO AVALIATIVO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA O MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MAIORES DE
18 ANOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA
Av. Prof. Moraes Rego 1235 | Cidade Universitária | CEP 50.670-901 | Recife – PE
Fone/Fax: (81) 2126.8947 | <http://www.ufpe.br/ppgit>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Arte na Educação em Saúde: Ensino e Aprendizagem para transformar relações”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina Galgane Lage Miranda Endereço: 1204 Sul, Alameda 16, Lote 06, casa 04, HM 02, CEP 77019-506. Plano Diretor Sul, email: carolinagalgane@gmail.com, telefone (63) 81291369 ou 33227944. Participam também desta pesquisa os pesquisadores: Dr. Mauro Silveira de Castro Telefones para contato: (51) 33881565 e está sob a orientação de Dr.º José Lamartine (81- 21268572), e-mail joselamartine@hotmail.com

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

Informações sobre a Pesquisa:

1. O objetivo da pesquisa é avaliar os resultados obtidos entre o conhecimento adquirido pelo grupo controle e o grupo intervenção frente a uma intervenção artística e uma palestra sobre os conceitos em relação ao uso correto e seguro de medicamentos. A coleta de dados ocorrerá na UBS a qual pertence e todos os presentes na UBS no dia da coleta serão incluídos na pesquisa. Minha Participação na referida pesquisa consiste em responder o questionário e a entrevista, na UBS a qual pertence;
2. O período de coleta de dados ocorrerá no período máximo de 12 meses, sendo que o número de visitas compreenderá os dias habitualmente no qual o voluntário vai a UBS. Enquanto voluntário terei de responder ao questionário, entrevista e assistir à intervenção artística a que devo ter acesso. A intervenção será um vídeo artístico ou uma palestra sobre uso correto e seguro de medicamentos;
3. Os Benefícios da pesquisa consistem em: ter acesso a informação sobre uso correto e seguro de medicamentos (por vídeo ou palestra) e a colaborar com o Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da melhoria nos serviços de educação em saúde no sistema.

4. A pesquisa pode acarretar Risco de constrangimento para os voluntários da pesquisa, quando forem responder as perguntas da entrevista e/ou questionários, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para evitar o risco do constrangimento as entrevistas/questionários serão aplicadas individualmente, em local reservado e o entrevistado pode responder ou não a quaisquer das perguntas. Caso não queira responder, bastará solicitar que pule a pergunta. **A presente Pesquisa, no entanto, atenta-se para o indivíduo e a coletividade sob a ótica dos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. De modo a garantir a eticidade da pesquisa e o respeito aos indivíduos participantes do questionário de entrevistas, após o entendimento e aceitação para colaborar com a pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os voluntários terão sigilo de identificação e dados fornecidos, de modo a garantir a dignidade dos envolvidos, sua autonomia, a não maleficência da pesquisa e defendendo a vulnerabilidade do ser humano.**

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas e questionário), ficarão armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço (acima informado) pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1o Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Pesquisador Responsável: Carolina Galgane L. Miranda

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Arte na Educação em Saúde: Ensino e Aprendizagem para transformar relações”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO B

FORMULÁRIO AVALIATIVO DA COMUNIDADE PARA O MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL

Instruções para Avaliação dos Atributos de validação do Vídeo.

1 Compreensão

A compreensão é um processo complexo, que depende da efetiva interação da lógica, da linguagem, da experiência, bem como de outros fatores. Compreender, resulta de captar o significado das instruções (Doak *et al.*, 1996). No processo de elaboração de materiais destinados à educação em saúde, a avaliação pelo público receptor é fundamental; nesta etapa, o autor se dá conta do que está faltando, do que não foi compreendido, enfim, do que precisa ser modificado (Fonseca *et al.*, 2004; Oliveira *et al.*, 2007).

Nesta etapa procura-se verificar o entendimento dos indivíduos em relação ao vídeo, no que concerne as palavras, a voz, o tema, o uso correto de medicamento, a necessidade da utilização nos dias e horário estipulados pelo médico, a importância de praticar atividade física e a necessidade de parar de beber e fumar.

2 Atratividade

Quanto a atratividade, a comunicação precisa atrair o público. Se o paciente não olhar o material, não há chance deste influenciá-lo. Deve-se avaliar se as informações são suficientemente atrativas para transportar o paciente para dentro da mensagem, se os aspectos visuais são interessantes e no caso de vídeos e áudios, se a voz é fácil e distinta para se ouvir, dentre outros tópicos (Doak *et al.*, 1996).

Nesta etapa procura-se verificar se o indivíduo tem vontade de ver o vídeo, de saber a história, de acompanhar todo o percurso do protagonista.

3 Autoeficácia

Quanto a autoeficácia, de acordo com definições e termos relacionados a promoção da saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), refere-se a crenças que os indivíduos tem sobre sua capacidade de transportar a ação de uma forma que vai influenciar os eventos que afetam suas vidas. Além disso, esta interfere na quantidade de esforço que será gasto e quanto tempo a pessoa persistirá para transpor obstáculos e experiências adversas (Smith *et al.*, 2006). Ressalta-se ainda que, muitas vezes, um indivíduo com muitos conhecimentos e habilidades não consegue produzir o resultado esperado; enquanto outro

com menor competência e habilidade, porém com uma autoeficácia mais elevada, consegue um melhor desempenho (JAINA e TYSON, 2004).

A autoeficácia foi inicialmente definida como a crença do indivíduo de que ele pode executar um comportamento específico ou tarefa futura (BANDURA et al., 1977). Souza *et al* (2002), refere que há uma diferença entre possuir certas habilidades e ser capaz de usá-las de forma efetiva e consistente sob condições adversas. O sucesso, portanto, requer não apenas habilidades, mas também uma forte crença na própria capacidade de exercer controle. Assim, no contexto de educação em saúde, a auto-eficácia exerce um papel importante, visto que não basta que apenas se produzam materiais educativos; estes devem ser capazes de produzir nos indivíduos-alvo um sentimento de capacidade de reprodução das informações assimiladas.

4 Aceitabilidade

Quanto a importância da aceitação cultural, Roschke (1996) enfatiza que a informação, quando é mental ou afetivamente classificada como desconfortável pelo indivíduo, tende a ser ignorada. Entretanto, quando é considerada agradável, tende a ser incorporada. Assim, devem se garantir algumas condições para um processo exitoso de aprendizagem, como: respeito ao indivíduo, aceitação de suas ideias e representações e um clima que proporcione a promoção de discussões de problemas e estimule a participação.

Nesta etapa procura-se verificar se os indivíduos aceitaram o vídeo, sua história, seus objetivos, suas cores, personagens, imagens e sons.

5 Persuasão

A persuasão, no que se refere a materiais educativos, é referida como sendo a capacidade das mensagens convencerem as pessoas de que devem realizar ações (DOAK et al., 1996). O poder persuasivo das palavras tem sido analisado na comunicação dos provedores de saúde em relação à modificação do comportamento (ORBELL; KYRIAKAKI, 2008), à tomada de decisão (KARNIELI-MILLER; EISIKOVITS, 2009), e à adesão ao tratamento (SMITH *et al.*, 2005).

Nesta etapa procura-se verificar se os indivíduos consideram que ele ou sua família eram capazes de conseguir fazer a(s) instrução(ões) que lhe foi repassado pelo vídeo. A seguir segue questionário, adaptado, para validação do vídeo pela comunidade.

Formulário para Validação com a Comunidade

Vídeo Parte 01 e 02 – Apresentação, Encontro com Médico e Informações

Função	Pergunta
Compreensão	1. Você acha que o vídeo consegue explicar sobre o que causa o surgimento da pressão alta em alguém; e o que pode comer e o que não pode comer quando está com pressão alta?
Persuasão	2. O(A) Sr.(Sra.) acha que seus familiares ou amigos, conseguiriam reduzir a quantidade de sal na comida e não comer comida gordurosa, após ver o vídeo?
Autoeficácia	3. O(A) Sr.(Sra.) estaria disposto à comer mais frutas, verduras e fazer atividade física 3x na semana, por 30 minutos, após assistir esse vídeo?
Compreensão	4. Você acha que o vídeo consegue explicar sobre o que se deve fazer para baixar a pressão?

Vídeo Parte 03. Encontro com a Farmacêutica

Função	Pergunta
Compreensão	5. Você acha que o vídeo consegue explicar porque se deve usar medicamento sempre nos mesmos dias e horários; e onde se deve evitar guardar o remédio?
Autoeficácia	6. Como O(A) Sr.(Sra.) explicaria para um familiar ou amigo porque a pessoa tem que tomar medicamento sempre na mesma hora e nos mesmos dias que o médico mandou?
Persuasão	7. O(A) Sr.(Sra.) acha que seus familiares ou amigos, conseguiriam entender como funciona um Diurético e o Atenolol, após assistirem esse vídeo?
Auto-eficácia	8. Qual parte da história do vídeo que o(a) Sr.(Sra.) não conseguiria explicar à alguém?

Vídeo Parte 04 – Chegando em Casa

Função	Pergunta	
Aceitabilidade	9.	O que você achou do tempo de duração do vídeo?
Atratividade	10.	Os personagens são interessantes? O que achou das cores e das imagens do vídeo? (Se não gostou de algo, poderia me dizer o quê?)
Compreensão	11.	O vídeo usa alguma palavra, som, imagem ou desenho estranho, difícil ou que lhe causa desconforto? Algo mais no vídeo lhe é esquisito, desconfortável ou ruim?
Persuasão	12.	O(A) Sr.(Sra.) acha que esse vídeo seria interessante para alguém que você gosta ou conhece?
Atratividade	13.	Dá vontade de assistir o vídeo? A voz está clara? (Se não, poderia me explicar o por quê?)
Compreensão	14.	Me diga com suas palavras, sobre o que fala o vídeo? Algo mais?

ANEXO C

QUESTIONÁRIO AVALIATIVO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA O MATERIAL EDUCATIVO AUDIOVISUAL

Antes de avaliar o vídeo leia atentamente as instruções de preenchimento e as perguntas que deverão ser respondidas. Após assista ao vídeo e responda imediatamente as questões. Se necessitar reveja o vídeo.

Instruções: Avalie as afirmações e classifique-as segundo a chave: CT = concordo totalmente; CP = concordo parcialmente, X = discordo totalmente. Utilize o espaço COMENTÁRIO para registrar ponderações sobre sua resposta. Se, por exemplo, concorda parcialmente com a afirmação de utilização de palavras comuns, no comentário podem estar citadas palavras de uso não comum. Caso seja necessário, utilize o verso da folha para maiores anotações.

1. Exatidão científica

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
os conteúdos abordados estão de acordo com o conhecimento atual				

Figura 1 - Modelo de apresentação de domínio e critério de avaliação no instrumento.

1. Exatidão científica

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
1. os conteúdos abordados estão de acordo com o conhecimento atual				
2. as orientações apresentadas são as necessárias e foram abordadas corretamente				

2. Conteúdo

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
3. os objetivos das informações são evidentes				
4. as informações quanto ao comportamento desejado são satisfatórias				
5. não existem informações desnecessárias				
6. existe revisão dos pontos importantes				

3. Apresentação Audiovisual

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
7. a linguagem está clara, conversacional e adequada a população alvo				
8. o material encoraja a adesão ao tratamento por meio do balanço entre benefícios e riscos				
9. o vocabulário empregado está composto, por palavras comuns e simples				
10. as explicações estão expressas concisamente				
11. o planejamento e a sequência das informações estão consistentes, facilitando ao paciente acompanhar o fluxo das mesmas				
12. o material é agradável				

4. Ilustrações

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
13. as ilustrações estão apropriadas e familiares para os indivíduos				
14. as ilustrações estão relacionadas com o contexto (configuram o propósito desejado)				
15. estão integradas ao vídeo				

5. Material Suficientemente Específico e Compreensivo

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
16. o vídeo propicia a ação correta desejada, por exemplo, o uso correto do medicamento, redução de ingestão sal, gordura, hábitos saudáveis de vida.				
17. o vídeo propicia o entendimento do que seja Hipertensão arterial com prevenção de intercorrências				
18. as instruções estão claras, como por exemplo, porque administrar o medicamento sempre nos mesmo dias e horários				
19. está claro como reconhecer a ação do medicamento				
20. o vídeo habilitar o paciente a compreender como se cuidar da HAS e tomar seus remédios				
21. os termos técnicos estão esclarecidos à linguagem e conhecimento do paciente				
22. o conteúdo está apresentado em estilo que tem o paciente como centro, ou seja, o paciente é o mais importante				

6. Legibilidade, Áudio e Características do Vídeo

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
23. o tamanho das letras é adequado				
24. o áudio está claro				
25. o vídeo é atrativo				
26. existe a utilização de imagens e sons para chamar a atenção para pontos específicos ou conteúdos chave				
27. as imagens e cores são nítidas				
28. os subtítulos ou novas partes facilitam a compreensão				
29. o formato do material finalizado está atrativo, simples e de boa qualidade				

7. Qualidade da Informação

Fator a ser examinado	X	CP	CT	Comentários
30. as informações estão atualizadas				
31. o material habilita o paciente a realizar as ações desejadas				
32. o material ajuda a prevenir possíveis problemas				

Informações adicionais sobre procedimentos adotados para Validação do vídeo pelos profissionais de Saúde: OPAS e AVALMEI

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) lançou em 1994 a série Programa Ampliado de livro e Texto e Materiais de Instrução (PALTEX) cujo objetivo era oferecer um material de instrução destinado a desenho, utilização e avaliação de materiais educativos de saúde. Essa série referiu-se especificamente de manuais e módulos de instrução para técnicos e auxiliares de trabalhadores da saúde. Nesse guia é fornecido um modelo de formulário para avaliação técnica por profissionais de saúde (juízes) do material audiovisual, em análise. Sendo composto por 11 critérios: sincronia entre imagem e som; elemento atrativos; síntese; tema específico; compreensão; imagens visíveis; elementos sonoros; objetividade; elementos participativos; informação concreta; e duração. Cada juiz pode responder utilizando a escala Lickert de 1 a 5, no qual qualifica sua resposta de acordo com o grau de cumprimento: 1 corresponde a descumprimento e 5 indica cumprimento total. O formato fornecido pela OPAS apresenta ainda um espaço para colocar totais parciais, pontuação total e comentário do juiz, cada juiz pode obter a nota máxima de 55 pontos. A decisão para avaliação do material se determinada pelas categorias de corte: Usar como está (48-55 pontos), Necessita reformas (28-47 pontos), Recusado (menos de 27 pontos).

Em virtude do formulário da OPAS avaliar 11 critérios e posteriormente categorizar a pontuação dos juízes em respectivas categorias de corte, julgou-se necessário incluir outros critérios nesse processo de avaliação de modo que fosse possível avaliar novos itens, não existentes no OPAS e a qualidade das respostas dos juízes nos comentários quando houvesse. Sendo assim adaptamos aos 11 critérios sugeridos pela OPAS a inclusão

e avaliação dos 32 itens sugeridos pelo formulário de Avaliação de Materiais Educativos Impressos proposto pelo AVALMEI.

O AVALMEI é um questionário validado para avaliação de materiais educativos impressos para pacientes hipertensos que possui 7 categorias de análise, cada qual, com itens específicos à categoria de análise. Esse formulário avalia a qualidade do material impresso e também permite avaliar o juiz (avaliador) em sua capacidade de aprofundar e identificar falhas no material, além de avaliar a experiência profissional e o padrão de comportamento do avaliador (CASTRO *et al*, 2007). Ao utilizar esse formulário foi necessário adaptá-lo para avaliação de Material Educativo Audiovisual (MEA). Foi mantido os 7 critérios de avaliação e suas respectivas perguntas, total de 33 itens avaliativos. As adaptações referiram-se a ajuste de português, de qual tipo de material em análise (vídeo) e a exclusão de uma pergunta que exigia que o juiz conhecesse a cultura do estado do Tocantins para avaliar o item. Ao final o número de itens avaliativos foram de 32 perguntas específicas. Os sete critérios do AVALMEI são: Exatidão Científica; Conteúdo; Apresentação Audiovisual; Ilustrações; Material Suficientemente Específico e Compreensivo; Legibilidade, Áudio e Características do Vídeo; e Qualidade da Informação. O formulário adaptado do AVALMEI para a pesquisa segue em anexo (ANEXO C).

Como ocorreu adaptação do número de critérios proposto pela OPAS em seu formulário avaliativo, alteração de onze critérios, para sete critérios contendo perguntas específicas em cada critérios, total de 32 perguntas. Foi necessário adaptar a classificação das categorias de corte proposta pela OPAS, essa adaptação obedeceu ao percentual e número de pontos entre cada categoria preconizada anteriormente. A categoria da OPAS adequada a pesquisa passou a ser: Usar como está (83-96 pontos), Necessita reformas (48-82 pontos), Recusado (menos de 47 pontos).