

Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde

Why do patients not adhere to treatment? Methods for health education

Silier Andrade Cardoso Borges¹, Priscilla Nunes Porto²

RESUMO: Este trabalho é um ensaio teórico que objetiva desenvolver uma reflexão sistemática sobre a adesão ao tratamento por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Problematisa-se o conceito de adesão com base na historicidade do SUS como legitimador das ações relativas à autonomia dos usuários. Articulam-se o Método Paulo Freire, a Clínica Ampliada e a Entrevista Motivacional como dispositivos metodológicos que ressaltam o papel do profissional na educação em saúde em direção à mudança e ao autocuidado. O problema da adesão questiona a equipe sobre o seu papel no contexto educativo, que exige escuta das demandas que se interpõem à práxis cotidiana.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Cooperação do paciente; Metodologia; Entrevista motivacional.

ABSTRACT: *This work is a theoretical essay aiming to develop a systematic reflection on the adherence to treatment by the Unified Health System (SUS) users. It discusses the concept of adherence grounded on the historicity of the SUS as legitimizer of actions related to the users' autonomy. Paulo Freire's Method, the Broadened Clinic and the Motivational Interview are articulated as methodological devices that emphasize the role of health education professionals towards change and self-care. The problem of adhesion questions the working team about its role in the educational context, which requires listening to the demands that are interposed to the everyday praxis.*

KEYWORDS: *Health education; Patient compliance; Methodology; Motivational interviewing.*

¹Graduando em Psicologia pela Universidade Salvador (UNIFACS) - Salvador (BA), Brasil. silier@outlook.com

²Mestranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. priscillaporto@outlook.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe em uma rede de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, garantida através do acesso universal e igualitário de suas ações. Dotado de historicidade, o SUS não foi implantado via imposição vertical ou decreto. Enquanto desdobramento do movimento político brasileiro que objetivou estabelecer a participação democrática da população, foi gestado no interior da sociedade civil, com ampla influência de militantes políticos e profissionais de saúde (PAIM, 2009).

Nesse contexto, insere-se a Clínica Ampliada, conjunto de diretrizes políticas no contexto de reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde, apresentadas na Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH ressalta que, mesmo hoje, o SUS ainda enfrenta desafios à sua plena efetivação, dentre eles: fragmentação do processo de trabalho entre diferentes profissionais; sistema público verticalizado e burocratizado; despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; precarização da gestão participativa e fragilidade do controle social; formação profissional distanciada da atuação política; modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2008; 2009; 2010).

Frente aos entraves identificados pela PNH, a humanização em saúde se apresenta não como programa, mas como política transversal na rede SUS. Nessa perspectiva, enfatiza-se a necessidade de destacar o aspecto subjetivo presente na atenção em saúde, ressaltando-se o papel de uma atuação dialogada e amparada no estabelecimento de vínculos solidários e sócio-afetivos e no fomento ao protagonismo social dos usuários das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Desde a formulação e consolidação do SUS, inúmeras foram as demandas que emergiram no contexto do cuidado em saúde. Subjacente aos entraves ressaltados na PNH, encontra-se o fenômeno da adesão ao tratamento e à assistência dos usuários dos serviços de saúde.

Evidentemente, há algo que escapa à compreensão das equipes multiprofissionais, tendo-se em vista a eventual ocorrência da não adesão dos seus pacientes. Assim, paira nas equipes o sentimento de impotência frente à recorrente pergunta: “por que os pacientes não aderem ao tratamento?”.

Nesse contexto, as estratégias de educação em saúde se apresentam como saídas viáveis, estratégias comprometidas com a solidariedade, ancoradas na promoção do homem e na melhoria da qualidade de vida. Como área do conhecimento, a educação em saúde tangencia disciplinas como psicologia, sociologia, antropologia e filosofia, evidenciando-se como campo multifacetado onde convergem diferentes concepções filosóficas sobre o homem e a sociedade. Entretanto, verifica-se que na prática predominam paradigmas de educação em saúde que reforçam ações reducionistas, verticais e distanciadas de valores como equidade e participação popular (MACHADO ET AL., 2007).

Nesse sentido, objetiva-se desenvolver uma reflexão no entorno de algumas questões que se configuraram como desafios à atuação de gestores e profissionais do SUS, mais especificamente à adesão dos usuários dos serviços de saúde ao tratamento. Este trabalho constitui-se como ensaio teórico, produção textual que busca a compreensão de uma realidade fenomênica ou de um objeto através de uma área do conhecimento.

A adesão como problemática social

Esta discussão implica resgatar o conceito de adesão. Embora muitos profissionais relacionem adesão ao seguimento estrito da prescrição de medicamentos, a definição de adesão aos tratamentos crônicos ressalta outras dimensões, como o grau de comprometimento de uma pessoa, representado pela adoção da dieta e da orientação dos profissionais de saúde, bem como da mudança nos estilos de

vida individuais. A adesão visa à melhora da saúde via redução dos sinais e sintomas da doença. A adesão distingue-se do *compliance*, compreendido como obediência participativa do paciente à prescrição médica. No contexto atual, o paciente tende a ser visto meramente como objeto da intervenção terapêutica tecnicista (LUZ, 2012). Mais do que simples concordância do paciente frente ao tratamento estipulado pelo profissional de saúde, o conceito de adesão implica postura ativa frente ao autocuidado (GUSMÃO; MION, 2006).

Dotado de diferentes níveis, a adesão varia do nível mais elevado ao menos elevado. No primeiro localizam-se os aderentes, pacientes que seguem totalmente o tratamento e, no segundo, os desistentes, que os abandonam. Os persistentes compõem uma modalidade de não aderentes que comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento (GUSMÃO; MION, 2006).

A baixa adesão ao tratamento comumente se refere às doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, dentre outras. Compreende-se as doenças crônicas não transmissíveis como grupo de doenças com história natural prolongada, caracterizada por fatores de riscos múltiplos e complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, longo período de latência, curso assintomático, manifestações clínicas que oscilam entre períodos de remissão e exacerbação, evoluindo para a incapacidade (REINERS ET AL., 2008).

A rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS é regulada pela Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado em todos os componentes da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2014). Ademais, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis prevê diretrizes para redefinição dos instrumentos

operacionais para o enfrentamento das DCNT entre 2012-2022. Dentre seus princípios, destacam-se humanização da atenção, respeito às diversidades culturais, participação e controle social dos usuários sobre os serviços, evidenciando-se a dimensão da autonomia como estratégia promotora de autocuidado. Ambas as políticas pautam-se na constatação de que as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, observando-se que correspondem a 72% das causas de morte relacionadas a fatores de risco no Brasil, como baixos níveis de atividade física no lazer, consumo de alimentos com elevado teor de gordura e baixa adesão aos tratamentos de saúde (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, Reiners *et al.* (2008) realizaram uma análise crítica da bibliografia latino-americana, identificando publicações das áreas de saúde pública, enfermagem, medicina clínica, farmácia e nutrição sobre adesão e não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. Os resultados revelam a realização de estudos que superem a dimensão epidemiológica do fenômeno. Ademais, os dados indicam que a perspectiva predominante das intervenções profissionais e das pesquisas sobre adesão e não adesão não contempla a subjetividade dos pacientes, suas necessidades e dificuldades, enfatizando, exclusivamente, a precisão com que o paciente segue as recomendações médicas. Essa representação contribui para a compreensão do paciente como submisso aos desígnios dos profissionais de saúde, vigilante biopolítico que esquadrinha as formas com que os pacientes lidam com o próprio corpo. A mesma representação que exclui e marginaliza comportamentos legítimos que diferem de suas prescrições.

Compreende-se que as ações e serviços de saúde devem contemplar a autonomia e a corresponsabilização dos usuários. Afinal, a construção do sistema de saúde público demandou a participação ativa de segmentos sociais diversos marginalizados do processo decisório das instâncias políticas. Se o SUS é resultado da conjuntura histórica tecida

entre diversos segmentos, dentre os quais se incluem os trabalhadores de saúde e usuários dos serviços públicos, é de se supor que o distanciamento entre os espaços de gestão, assistência e participação popular tenha contribuído para o baixo envolvimento dos atores na produção de saúde que, como se sabe, é produto eminentemente social.

Educação popular em saúde

A prática educativa amparada no Método Paulo Freire se apresenta como dispositivo promotor do empoderamento dos usuários dos serviços de saúde. Compreender as atividades educativas desempenhadas pela equipe multiprofissional exige o entendimento do exercício de uma pedagogia calcada no real, responsável por revelar as contradições sociais e envolvida no combate às formas usuais de opressão. Assim, a perspectiva de Paulo Freire se interpõe como saída viável ao estabelecimento de estratégias e atitudes exigidas pelos profissionais de saúde quando se tornam também educadores.

A educação em saúde consiste em um processo sistemático, contínuo e permanente de formação e desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados, por meio da efetiva participação do controle social. Sabe-se que a educação em saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal, proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial tanto para formulação da política de saúde de forma compartilhada como às ações que acontecem na relação direta dos serviços com os usuários (BRASIL, 2007A).

Segundo as diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde, a educação em saúde é constituída por um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, técnicas, políticas e científicas que, no âmbito

das práticas de atenção à saúde, devem ser vivenciadas e compartilhadas pelos trabalhadores, setores organizados da população e usuários dos serviços de saúde. É uma prática social compromissada com a formação da consciência crítica das pessoas sobre os problemas de saúde, implicando na busca de ações individuais e coletivas; o compromisso com a transformação da realidade dada; e o reforço da ação comunitária, em respeito ao universo cultural das pessoas (BRASIL, 2007B).

A interseção da educação em saúde com a educação popular possibilita compreender que sua práxis não se confunde com educação informal. Afinal, existem propostas educativas diversas que ocorrem no exterior das instituições, mas que ainda recorrem aos métodos verticais na relação entre educador e educando. A educação popular não objetiva produzir sujeitos subalternos e polidos. No contexto da educação em saúde, a educação popular se apresenta como alternativa para uma atuação política transformadora, eximindo-se da reprodução conteudista ou da transmissão linear de conhecimentos de tradição autoritária. A educação popular em saúde reconhece o saber dos usuários sobre o próprio corpo, legitimando narrativas associadas à conscientização dos determinantes sociais da saúde (FERNANDES; BACKES, 2010; MIRANDA; BARROSO, 2004).

A educação apresenta duas diferentes concepções políticas: a concepção bancária e a libertadora. A concepção bancária de educação atende aos interesses elitistas das classes opressoras e mantém a distinção binária entre educador, quem educa, quem sabe e pensa, em contraposição ao educando, que é educado e pensado, que escuta e se acomoda na condição de objeto da educação. Já a concepção libertadora de educação se fundamenta na superação dessa contradição, reduzindo os abismos através da dialética educador-educando e educando-educador (FEITOSA, 1999). Essa superação implica a participação ativa de ambas as partes, e não apenas do educador. Estabelece-se no entendimento dos sujeitos como seres históricos,

dotados de uma cultura de onde deve partir o processo formativo (FREIRE, 1987).

Dentre os princípios da educação popular, destacam-se: a compreensão de que não existe docência sem discência, envolvendo a aceitação do risco e a crítica dos fazeres; o reconhecimento de que ensinar é uma especificidade humana, o que envolve a competência profissional, o saber escutar, legitimando a verdade e a demanda que os educandos trazem de sua historicidade; e o entendimento de que toda educação é de natureza ideológica, não havendo saber politicamente neutro ou isento (FREIRE, 2011; MITRE ET AL., 2008; FEITOSA, 1999).

Ressaltando-se que a educação em saúde é também uma forma de conceder assistência e cuidado aos usuários, é de se pressupor o compromisso que assume o profissional de saúde com a natureza singular dessa modalidade de atuação. Logo, torna-se relevante considerar atividades educativas em saúde a partir da proposta pedagógica de Paulo Freire (BRASIL, 2007A; PEREIRA, 2003).

Nesse sentido, passa-se da assistência individual do modelo clínico para a assistência educativa pautada em práticas alinhadas à pedagogia libertadora na educação em saúde. Tais atividades não devem ocorrer verticalmente, no sentido de propor que o profissional de saúde, suposto detentor de um saber legitimado, eduque o usuário do serviço, que deveria assistir e ser informado. Em verdade, trata-se da construção do saber coletivo, onde as ações de educação em saúde se iniciem sempre a partir dos saberes prévios trazidos pelos próprios usuários, em respeito à sua dimensão cultural. Uma concepção emancipatória da educação em saúde exigirá que o conhecimento produzido no contato com o usuário o afete, no sentido de mobilizá-lo à mudança de suas práticas. Para afetá-lo, é preciso que o saber do senso comum não seja marginalizado pela ideologia dominante do profissional-educador (BRASIL, 2007A).

Se os usuários dos serviços expressam sua satisfação ou insatisfação perante os serviços assistenciais, cabe ao profissional-educador

em saúde a escuta atenta dessas expressões, compreendendo-as enquanto exigências da coletividade. A partir dessa escuta, estabelecer-se-á a temática das atividades a serem desempenhadas no transcurso educativo e serão definidos os parâmetros metodológicos da ação pedagógica.

A educação popular em saúde prima pelas diferentes representações da doença e do cuidado mantidas pelos pacientes, problematizando as consequências individuais advindas do engajar-se ou não no tratamento, sem recair no julgamento moralizante e no discurso utópico. Dessa forma, o profissional-educador em saúde evita estereótipos das diferentes formas do cuidado de si e do binarismo adesão/não-adesão. Assim, o educador compromete-se com o ato educativo como alguém também disposto a aprender, convicto de que a mudança é possível; sem a esperança nos usuários e em suas potencialidades não há educação transformadora, impossibilitando os espaços de diálogo entre educador-educando e educando-educador.

O profissional-educador em saúde implicado em educação popular se apresenta ao usuário através da escuta atenta às demandas biopsicossociais relacionadas às doenças e agravos, com a finalidade da preservação da saúde dos indivíduos, estabelecendo com eles possíveis estratégias de resolutividade, acompanhamento e compreensão do que acontece com o corpo e com a vida do usuário, irreduzível ao corpo biológico (BRASIL, 2007A).

Na atuação do profissional-educador em saúde, o usuário é protagonista de sua própria vida. Dotado de capacidades cognitivas plenas, o usuário deixa de ser 'paciente' para evidenciar-se pelo empoderamento na relação consigo e com a equipe multiprofissional, que passa a compreendê-lo como sujeito de direitos. Nessa perspectiva, propiciam-se melhores chances de reintegração e recuperação, dada a multiplicidade de caminhos para se lidar com o corpo.

Nos caminhos estabelecidos por uma educação popular em saúde, cabe ao

profissional-educador atuar em atividades pedagógicas politicamente comprometidas, de forma a ressaltar as dimensões da liberdade individual frente ao tratamento proposto e às consequências advindas de aceitá-lo ou rejeitá-lo (FREIRE, 2011). Assim, cabe a ambos, profissional e usuário, o reconhecimento do compromisso mútuo envolvido na afirmação ética das diferentes formas de cuidar de si.

Clínica Ampliada e humanização na educação em saúde

A Clínica Ampliada se insere no contexto de reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde. Considerando-se a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, subverte-se a noção de saúde como ausência de doença, adentrando os espaços individuais e coletivos comprometidos com a promoção, proteção, tratamento e recuperação à saúde.

Sabe-se a que a atuação dos trabalhadores-educadores em saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva; a qualidade de vida (aspecto biológico) do andar na vida (aspecto subjetivo); não perder o conceito de atenção integral à saúde; e realizar o trabalho educativo junto à população (MACHADO ET AL., 2007).

Nessa perspectiva, a Clínica Ampliada apresenta uma proposta biopsicossocial para atuações interdisciplinares como a educação em saúde, norteadas pela suspensão de modelos de atuação estanques. Assim, a Clínica Ampliada oferece as diretrizes que possibilitam objetivar na práxis educativa elementos que compõem o Método Paulo Freire no cuidado às pessoas que não aderem ao tratamento à saúde. Ademais, a matéria prima da educação popular, que é o respeito ao saber anterior do educando, adquire concretude quando se realiza a crítica da clínica reducionista (BRASIL, 2007A).

A proposta da Clínica Ampliada é norteadas por cinco eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada das terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, transformação dos meios de trabalho e suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A compreensão ampliada do processo saúde-doença ressalta a natureza parcialmente arbitrária dos recortes teóricos e busca construir sínteses singulares de diferentes aspectos da realidade - orgânico, psíquico, econômico, cultural, étnico, afetivo etc. -, em respeito às relações diversas mantidas entre o indivíduo e o seu entorno. Já a construção compartilhada das terapêuticas, exige compartilhamento com a equipe de saúde e com os usuários dos diagnósticos das demandas e das propostas de solução, tendo-se em vista a complexidade do exercício clínico.

Para se alcançar a ampliação do objeto de trabalho, estima-se a responsabilização mútua pela atenção e pelo cuidado dos usuários dos serviços de saúde, de forma que pessoas se responsabilizem por pessoas e não por partes delas, seja por 'diagnóstico', 'procedimento', ou, pior, por 'partes de órgãos'.

Para transformação dos meios de trabalho, preconiza-se a fluidez dos dispositivos de atenção, bem como as especificidades dos projetos terapêuticos, enfatizando-se a escuta do outro e a escuta de si, propondo a expressão de subjetividades.

O suporte para os profissionais de saúde estabelece a compreensão de sujeitos íntegros, dotados de direitos e deveres sobre o próprio corpo. Igualmente, esse eixo estabelece a crítica da não implicação do profissional no fazer clínico. Dessa forma, se uma clínica reducionista conduz à negação da pessoa e do coletivo em sofrimento, a Clínica Ampliada oferece suporte para que os profissionais de saúde lidem com suas próprias emoções e dificuldades durante a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, afastando-se do ideal de neutralidade característico da clínica tradicional (BRASIL, 2009).

A Entrevista Motivacional no contexto da educação em saúde

A Entrevista Motivacional (EM) é um método de assistência diretiva e centrada no cliente que objetiva estabelecer a motivação interna para mudança de comportamento mediante a resolução e exploração da ambivalência apresentada pelo cliente. A EM possui reconhecida influência da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Psicologia Social, mas é possível afirmar que a EM também se aproxima conceitualmente do Método Paulo Freire, ao considerar a responsabilização do usuário, que se sente caminhar ao lado do profissional de saúde em direção à mudança, ao invés de seguir apenas orientações (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A EM consiste em uma intervenção simples e de baixo custo que objetiva auxiliar indivíduos no processo de mudança comportamental, baseada em princípios do entendimento dos conflitos, das reações emocionais associadas, estabelecimento de padrões de pensamento e alternativas para implementação de soluções (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005). Considerando-se a eficácia da EM, comumente aplicável ao contexto da assistência às pessoas que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, deve-se considerar, dada a amplitude conceitual da EM, a pertinência da utilização dessa técnica na atenção aos usuários com baixa aderência ao tratamento.

O número de sessões pode ser variável na EM, embora seja usualmente realizada em sessão única, o que a torna passível de implementação como técnica subjacente às atividades de educação em saúde. A postura do profissional-educador em saúde pautada na EM deve conservar os princípios da técnica. Dentre tais princípios, ressalta-se que a postura do profissional seja persuasiva e não coercitiva e menos argumentativa do que compreensiva, no sentido de propor uma relação terapêutica dotada de atmosfera favorável à

mudança. A não adesão não é compreendida como resistência do paciente, mas como comportamento a ser refletido criticamente pelos envolvidos. Dessa forma, as metas do tratamento não são impostas pelo profissional, mas negociadas entre equipe e usuário (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005; PAYÁ; FIGLIE, 2004).

A EM vale-se de estratégias diversas, como a balança decisória, a escala de disposição, afirmações automotivacionais, treino do relato verbal e automonitoramento, com o objetivo de aumentar a auto-eficácia e diminuir a ambivalência frente à não adesão (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2005; PAYÁ; FIGLIE, 2004). A ambivalência é um conflito existente entre duas opções possíveis, essência do problema de muitos comportamentos. Não consiste em traço de personalidade, mas em fenômeno humano decorrente da interação entre paciente e uma situação aguda imediata, com aspectos interpessoais e intrapessoais. Evidentemente, o objetivo da EM é estabelecer as condições para emergência da motivação, entendida como a probabilidade de que uma pessoa inicie, permaneça e prossiga em um processo de mudança específico.

A abordagem do profissional de saúde orientado pela EM deve-se pautar na evitação de armadilhas que possam prejudicar a relação com os usuários do serviço. Dentre elas, ressaltam-se: 1) um diálogo excessivo de perguntas e respostas, no lugar da escuta reflexiva; 2) a armadilha em confrontar o usuário com o dado da realidade, resultando em resistência e indisposição à mudança; 3) a armadilha do saber especialista, onde o Educador em Saúde se apresenta como detentor de todas as respostas, conduzindo o usuário à passividade e à impossibilidade de resolução da ambivalência; 4) culpabilização do usuário pela sua própria condição de saúde; 5) rotulação do problema, resultante da excessiva preocupação com o diagnóstico nosológico, em detrimento das representações do usuário frente à própria saúde; 6) e a armadilha do foco prematuro, resultado de uma atenção do profissional

que ocorre antes que o usuário estabeleça a resolução de outras questões prioritárias também relacionadas à doença ou transtorno (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Nesse sentido, o educador em saúde deve expressar empatia pelos usuários por meio da escuta reflexiva e sensível às demandas grupais. Em lugar da argumentação, o educador em saúde conduz o grupo educativo no sentido de incitá-lo a apresentar, por ele mesmo, argumentos para a mudança. Para tal, evita-se rotular o usuário pela patologia, mas conscientizá-lo das consequências de cada decisão sobre a qualidade de vida. O caminho indicado para superação da ambivalência é utilizar-se da dissonância cognitiva, isto é, realizar discussões e atividades que possibilitem aumentar a discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes para o próprio usuário (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

Assim, evitando-se as armadilhas da atuação do profissional alicerçado na EM, especificamente no contexto da educação em

saúde, estabelecem-se as condições para a consolidação de uma educação popular, distanciada da fragmentação da vida social e em benefício da recomposição da integralidade nas práticas de saúde.

Considerações finais

A problemática da adesão ao tratamento convoca os gestores e profissionais do SUS a refletir criticamente sobre a postura, o papel e a atuação da equipe multiprofissional no contexto da educação em saúde, comumente desvinculada da escuta reflexiva e das demandas culturais e psicossociais que se interpõem à práxis cotidiana. Nessa perspectiva, não se trata da adoção espontaneísta dos métodos de ensino-aprendizagem que vigoram ao sabor da moda pedagógica, mas da compreensão crítica da transversalidade inerente aos dispositivos teóricos e metodológicos reconhecidamente eficazes. ■

Referências

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M.S. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 127-139, 2005.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde*: documento base - documento I/Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2007a.

_____. _____. Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União*. Brasília: Gabinete do Ministro, 2014. Seção 1, p. 50-52.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GUSMÃO, J.L.; MION, D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2006.

FEITOSA, S.C.S. *Método Paulo Freire: princípios e práticas de uma concepção popular de educação*. São Paulo: FE-USP, 1999.

FERNANDES, M.C.P.; BACKES, V.M.S. Educação em Saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LUZ, M.T. *Novos saberes e prática em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2012.

MACHADO, M.F.A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, Educação em Saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

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

MITRE, S.M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

PAIM, J.S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N.B. Entrevista motivacional. In: ABREU, C.N.; GUILHARDI, H. (Org). *Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2004.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

REINERS, A.A.O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p. 2299-2306, 2008.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão final em abril de 2014

Conflito de interesses:inexistente

Suporte financeiro:não houve