

**A ENFERMEIRA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
ESTUDO DE UMA REALIDADE LOCAL^a**

Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira^b

Maria Lúcia Silva Servo^c

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar a conformação da prática de educação para a saúde, realizada pela enfermeira nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Feira de Santana, Bahia, Brasil, a partir das concepções teóricas de educação para a saúde. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, da qual participaram sete enfermeiras. Para a coleta de dados, foram utilizadas as técnicas de entrevista semi-estruturada e observação sistemática. A análise dos dados foi feita através da técnica de análise de conteúdo, sendo identificadas duas categorias empíricas: a concepção sobre educação para a saúde, que se fundamenta nos conceitos tradicionais de educação e saúde, permeada pelas formas de controle, condicionamento e poder; e a prática de educação para a saúde sedimentada na superposição de saberes e no poder técnico. Conclui-se que a prática educativa é fortemente influenciada pela concepção teórica tradicional de educação sanitária e pelo modelo biologicista.

Palavras-chave: Educação em saúde. Prática de saúde pública. Política de saúde.

THE NURSE AND THE HEALTH EDUCATION:
STUDY OF THE LOCAL REALITY

Abstract

This study Unit of Health (UBS) of Feira de Santana, Bahia, Brazil, had as objective to analyze the conformation of practical of education for the health carried through for the Basic nurse from the theoretical conceptions of education for the health. One was about a research of

^a Texto baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

^b Mestre em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Departamento Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

^c Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Endereço para correspondência: UNEB – Campus I, Departamento de Ciências da Vida, Colegiado de Enfermagem. Estrada das Barreiras, s/n, Narandiba/Cabula, Salvador, Bahia, Brasil. CEP 41195-000. E-mail: alexpaula.pereir@ig.com.br.

qualitative boarding, in which had participated seven nurses. For collection of data the techniques of half-structuralized interview and systematic comment had been used. The analysis of the data was made through the technique of analyzes of content being identified two empirical categories: the conception on education for the health that if bases on the traditional concepts of education and health permeate for the forms of control, conditioning and power; e the practical one of education for the health sedimented in the overlapping to know and the power technician. One concludes that practical the educative one strong is influenced by the traditional theoretical conception of sanitary education and by the biologic's model.

Key words: Health education. Public health practice. Health policy.

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar a prática de educação em saúde surgiu das experiências da autora como discente e docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Nessas ocasiões, por diversas vezes, pôde-se vivenciar a dificuldade do profissional de saúde para desenvolver atividades educativas junto à comunidade. Atribuiu-se este embaraço à falta de experiência prática, à dificuldade de lidar com as diferenças culturais e sociais ou, ainda, à capacitação profissional inadequada.

A educação em saúde é uma prática amplamente utilizada nos serviços de saúde, principalmente os da atenção básica. Ao longo do século XX, diversas concepções teóricas e metodológicas influenciaram a prática educativa em saúde. Smeke e Oliveira¹, ao analisarem o percurso histórico das práticas e dos conceitos de educação, afirmam que as primeiras práticas sistemáticas de educação para a saúde desenvolveram-se no final do século XIX e início do século XX. Tais práticas emanaram da necessidade de o Estado controlar as epidemias que prejudicavam a economia agroexportadora. Baseava-se em uma prática disciplinadora, com forte apelo aos aspectos higienistas e normatizadores.

Durante a década de 1940, ocorreram algumas modificações no campo teórico da educação para a saúde. A concepção que antes culpabilizava individualmente o sujeito por seus problemas de saúde, abre espaço para um conceito que tenta envolvê-lo no processo educativo. A educação em saúde teve seu período áureo nas décadas de 1950 e 1960, devido a sua articulação com as políticas oficiais de educação em saúde, o que resultou em avanços institucionais relevantes em vários campos, como a educação em saúde nas escolas, a valorização da higiene mental, parques infantis, dentre outros².

Nos anos de 1960, o discurso da participação comunitária na solução dos problemas de saúde ganhou força. Para Mohr e Schall³, esta participação visava mobilizar a coletividade para cooperar com os profissionais de saúde e os serviços de saúde. Apesar deste novo enfoque, a

finalidade permanecia inalterada: conscientizar o sujeito da necessidade de adotar práticas saudáveis. Os aspectos subjetivos, culturais, sociais e econômicos continuavam desconsiderados como determinantes do processo saúde/doença.

Durante o regime militar, a educação em saúde foi ainda mais afetada pela franca expansão do modelo médico-privatista e da medicina curativa. Ao mesmo tempo, um outro processo surgia na arena social: a pedagogia de Paulo Freire. Esta proposta de educação era assimilada pelos profissionais de saúde, que, à luz das ciências humanas, revisavam suas práticas e buscavam construir um novo projeto em saúde.

Estes movimentos criticavam as práticas educativas autoritárias e normatizadoras. Dentre eles, pôde-se destacar o movimento da educação popular em saúde, que dizia: “O saber popular deve ser valorizado, e o diálogo o instrumento de escolha no processo ensino-aprendizagem.” Esses movimentos iniciaram um processo de rompimento da verticalização da relação profissional-usuário⁴.

Apesar do avanço significativo no campo teórico da educação em saúde, entende-se que este não vem se traduzindo na concretude das práticas educativas, que continuam utilizando o enfoque tradicional de educação sanitária, fundamentada no modelo biomédico e centrada na doença. Acredita-se que a educação para a saúde pode se constituir em uma importante ferramenta em prol da construção de uma prática sanitária que valorize a vida, os saberes populares e, acima de tudo, tenha como paradigma o conceito social de saúde e a concepção positiva do processo saúde-doença.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar a conformação da prática de educação para a saúde realizada pela enfermeira nas UBS de Feira de Santana, Bahia, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de abordagem qualitativa, que teve dois pressupostos teóricos: as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras nas UBS de Feira de Santana acontecem dentro do cenário das políticas públicas de saúde e de educação, e se caracterizam como demandas pontuais, focalizadas e autoritárias; as práticas de educação em saúde desenvolvidas pelas enfermeiras nas UBS de Feira de Santana têm suas gêneses na concepção de educação, de saúde e no paradigma sanitário hegemônico.

O contexto da pesquisa foi a cidade de Feira de Santana, localizada na divisa do Recôncavo com o Sertão, distante 110 km da Capital do Estado, Salvador. A cidade tem no comércio sua maior fonte de renda, seguida da indústria. No que se refere ao sistema de saúde, Feira de Santana encontrava-se na gestão plena da atenção básica, e contava com vinte três UBS

distribuídas na sede administrativa do município. Os serviços públicos de saúde ofertados à população tinham como raiz organizacional a programação em saúde, permeada pelo modelo flexinariano.

A escolha dos sujeitos da pesquisa foi intencional. Para isso, foram definidos os seguintes critérios: enfermeiras atuantes nas UBS situadas na sede do município, em pleno exercício profissional, e que desenvolvessem as ações do Programa de Assistência Pré-natal. Participaram da pesquisa sete enfermeiras.

O número de participantes decorreu da saturação de dados, ou seja, a partir do momento em que os discursos começaram a repetir-se, a coleta de dados foi encerrada. Para a coleta, utilizaram-se duas técnicas: a entrevista semi-estruturada (aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas)⁵; e a observação sistemática – modalidade da técnica de observação –, que possui um roteiro de aspectos estabelecidos pelo pesquisador, tendo por finalidade auxiliar na compreensão do objeto de estudo.

Essa fase da investigação durou cerca de dois meses e foi realizada pela pesquisadora. A entrevista possuiu duas questões norteadoras: qual a sua compreensão sobre educação para a saúde? Descreva como você realiza essa prática em seu fazer diário. Os conteúdos das entrevistas foram gravados em fitas cassetes e as observações anotadas em um diário de campo. A catalogação teve como critério a ordem de execução.

Para análise dos dados empíricos, optou-se pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, apresentada por Triviños⁵, dentro do enfoque dialético, e composta de três etapas básicas: a pré-análise, a descrição e a interpretação inferencial. Na primeira etapa, todo o material empírico foi organizado, ou seja, o conteúdo das entrevistas foi transcrito e redigido, e os registros das observações foram digitados. Na etapa seguinte, realizou-se a leitura flutuante de todo material, para, em seguida, proceder-se a uma leitura mais profunda, que permitisse destacar pontos pertinentes à análise acerca da conformação da prática de educação em saúde. Ao final, foram estabelecidos quatro núcleos de sentido, determinados pela repetição de idéias.

Para facilitar a interpretação inferencial, foram elaborados dois quadros de análise com os núcleos de sentido. No **Quadro 1**, foram selecionadas as falas das entrevistas relacionadas a cada núcleo de sentido; no **Quadro 2**, foram destacados os discursos extraídos dos relatórios das observações sistemáticas.

Núcleo de sentido	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Síntese
Concepção de educação para a saúde Abordagem pedagógica Modelo de atenção Prática de saúde				

Quadro 1. Núcleos de sentido estabelecidos a partir das entrevistas

Núcleo de sentido	OBS1 sala de espera	OBS2 consulta de enfermagem	OBS3 sala de espera...	Síntese
Concepção de educação para a saúde Abordagem pedagógica Modelo de atenção Prática de saúde				

Quadro 2. Núcleos de sentido estabelecidos a partir das observações

No decorrer dessa fase, foram estabelecidas as sínteses convergentes e divergentes das idéias contidas nos extratos dos quadros analíticos, fato que possibilitou uma análise minuciosa de todo o material à luz do referencial teórico, sendo estabelecidas duas categorias empíricas: a concepção sobre educação em saúde; e a prática de educação em saúde – o agir da enfermeira. Durante a etapa final, ocorreu a reflexão sobre os achados, considerando não apenas o conteúdo exposto como também o conteúdo latente.

RESULTADOS

Os resultados foram analisados sob dois prismas: o pensar e o agir da enfermeira. Essa divisão foi feita considerando os aspectos didáticos. O pensar e o agir, entretanto, são duas categorias que acontecem concomitantemente. Ou seja, ninguém pensa e depois age, ou age e depois pensa. Pensar e agir estão imbricados.

Concepção sobre educação para a saúde

Esta categoria empírica abarca o pensar da enfermeira sobre educação em saúde. A enfermeira, ao implementar ações de educação para a saúde, legitima uma determinada visão sobre educação e saúde. Na prática, a educação em saúde é um componente do trabalho técnico voltado para a saúde, ou seja, conforma-se como uma atividade meio. Os fragmentos de discursos

apresentados a seguir evidenciam a predominância da concepção tradicional de educação sanitária. A intenção desta prática é reforçar os padrões de saúde concebidos pelo Estado para a população⁶.

“[...] educação para a saúde, eu entendo como toda a informação que você repassa para o cliente.” (E 05).

“[...] o acesso de informação, a oportunidade que você tem, junto ao cliente, de passar tudo, todos os princípios de higiene, de alimentação.” (E 07).

A educação em saúde é entendida como uma atividade de transmissão de informação, ou seja, caracteriza-se pelo caráter informativo. O profissional explicita ao usuário hábitos e comportamentos saudáveis. Reforça-se a idéia de que, exclusivamente ao usuário, informado sobre os riscos de adoecimento, cabe a responsabilidade de mudar e adotar um novo estilo de vida⁴. Esta é uma prática pautada em um discurso coercitivo e normativo fortemente influenciado pelas diretrizes da educação sanitária do início do século XX⁷.

“Eu acho que educar para a saúde é orientar, é ensinar para as pessoas o que elas podem fazer para ter saúde, como ter saúde.” (E 06).

Os profissionais de enfermagem, em sua maioria, ainda se fundamentam na pedagogia da transmissão ou, segundo Paulo Freire¹², pela educação bancária. Para essa filosofia, educar em saúde significa, muitas vezes, persuadir as pessoas a fazer o que os técnicos acham melhor. Neste tipo de abordagem, a individualidade e a dimensão social da pessoa não são tomadas como objeto de trabalho^{7,8,9}.

A principal crítica a esta concepção de educação para a saúde tem sido a não consideração dos determinantes sociais e culturais no processo saúde-doença e o não envolvimento do usuário no processo educativo¹⁰.

O caráter autoritário e normatizador dessa prática é outra forte característica, demonstrado através dos discursos que determinam o que fazer e como fazer. Outra característica é a relação assimétrica entre o profissional e o usuário. De um lado, um detém o saber técnico-científico; do outro, está aquele que precisa ser devidamente informado.

“Você deve ferver a água, não deve andar descalça, não deve fumar, beber, evitar comidas gordurosas [...]” (OBS. Consulta de enfermagem).

“Faço orientações quanto à dieta, ou seja, informo o que ela pode ou não pode comer; e falo tudo isso é para que seu filho seja sadio.” (E 02).

A esse respeito, Rice e Candeias^{11:350} esclarecem que muitos profissionais de saúde, erradamente, acreditam que o papel da educação para a saúde limita-se apenas à reprodução de conhecimento técnico e julgam que apenas com este enfoque poderão “[...] mudar o comportamento dos indivíduos e alterar suas práticas tradicionais de saúde, o que de fato já se sabe, não ocorre.”

Para Freire¹², a atividade educativa deve ser compreendida como uma forma de intervenção no mundo, pois pode oferecer ao homem o desvelamento da realidade, através de processos educativos que incentivem o diálogo e a criticidade do aluno.

Prática de educação para a saúde: o agir da enfermeira

Essa categoria conforma-se com a concretização do pensar, materializado através do fazer da enfermeira. A prática educativa implementada por essa profissional integra o trabalho em enfermagem e é corporificada na consulta de enfermagem:

“[...] eu vou fazendo a orientação durante a consulta.” (E 01).

“[...] faço o exame físico, faço as orientações.” (E 02).

“Na minha rotina de trabalho, eu abordo mais a parte de orientação, ela é parte da consulta.” (E 03).

Nesse contexto, a prática educativa é conformada como uma atividade complementar da consulta de enfermagem, seguindo os moldes da consulta médica. A consulta de enfermagem é concebida como instrumento preferencial do trabalho, com uma lógica similar à consulta médica: coletas de dados, levantamento de problemas e propostas de intervenção¹³.

Um aspecto importante a ser destacado é o levantamento de necessidades e as possíveis propostas de intervenção. As observações demonstraram que o usuário pouco participa. Desta forma, suas necessidades são determinadas pelo profissional:

“Seu exame de sangue mostrou que você está com anemia. Assim, é preciso que você coma alimentos ricos em ferro: beterraba, quiabo, couve, folhas verdes, fígado.” (OBS.09 - Consulta de Enfermagem).

O problema de saúde é compreendido dentro do modelo biologicista e médico curativo, reforçando a permanência da prática educativa individualizada, em que o usuário é

responsabilizado pela promoção de sua saúde, além do enfoque paternalista da prática educativa tradicional.

A Organização Mundial da Saúde, através do relatório da Comissão Técnica de Novos Enfoques da Educação em Saúde na Assistência Primária, já recomendava, em 1982, que o educador em saúde passasse a ser aluno e facilitador, e os membros da comunidade, alunos e professores, cabendo à comunidade ensinar ao profissional seus modos de experimentarem o adoecimento, as representações sobre saúde e as formas de enfrentamento na busca da saúde¹¹.

Durante todo o processo investigativo, constatou-se que o momento da consulta de enfermagem foi o *locus* escolhido pela enfermeira para desenvolver atividades educativas. A consulta possibilita ao profissional entender melhor a situação de saúde do usuário, bem como estabelecer vínculos. Por que então não aproveitar esse espaço de relação com o usuário, para, juntos, estabelecerem uma estratégia de intervenção, considerando as particularidades dos usuários?

O processo de trabalho da enfermeira conformou-se à lógica do modelo hegemônico. Mendes-Gonçalves¹⁴ faz uma discussão interessante, quando aponta que o profissional de saúde, ao apreender seu objeto de trabalho, utiliza determinado conjunto de saberes. Desta maneira, a forma como a enfermeira apreende e implementa o processo educativo está diretamente relacionada a sua formação acadêmica e a sua visão de mundo quanto ao processo educativo e ao processo saúde-doença.

Nesta perspectiva, a prática educativa carrega os mesmos equívocos das demais práticas de saúde, com enfoque no indivíduo e organizada segundo a lógica das especialidades⁴.

“Eu trabalho com pré-natal, que é a assistência à mulher durante a gestação, que é um serviço para prevenir a gravidez de alto risco, o parto prematuro, orientando, examinando e vacinando.” (E 01).

“No pré-natal, eu faço a parte preventiva. Trabalho com pessoas saudáveis. Eu evito que elas adoçam. Então, na parte de orientação, oriento sobre higiene, alimentação, bons hábitos [...]” (E 03).

As atividades de educação em saúde têm utilizado os conteúdos dos programas em desenvolvimento nos serviços de saúde. Todavia, a complexidade e a magnitude dos problemas de saúde extrapolam os conteúdos técnicos dos programas de saúde pública¹⁵.

Percebe-se que existe um grande movimento de reorientação do discurso oficial sobre educação para a saúde, saindo da perspectiva tradicional, baseada na imposição de

comportamento, para uma abordagem que busca a participação da comunidade. A concretude da prática demonstra, no entanto, que a herança do método cartesiano ainda domina a prática de educação em saúde¹⁰.

Neste sentido, cabe apontar a dificuldade em transpor o modelo hegemônico na prática profissional, que preconiza a adoção de novos comportamentos, como praticar exercícios físicos, reduzir o consumo de sal e gordura, vacinar-se, entre outros. Talvez, a supervalorização dos conhecimentos advindos da clínica, na formação profissional, tenha contribuído para esta dificuldade¹⁶.

A contribuição da clínica na compreensão do processo saúde-doença é importante. Todavia faz-se necessária a superação do caráter instrumental da educação em saúde, “[...] cujos princípios se apóiam exclusivamente no saber científico.”^{6:202} Deve-se combater o absolutismo do saber científico dentro das práticas educativas. A sociedade, de um lado, delega para determinados sujeitos um poder terapêutico que extrapola a doença; de outro lado, essa mesma sociedade, independentemente dos conceitos de saúde e doença, cria e recria sentidos e significados para a sua doença e para as formas de evitá-la a partir de suas experiências de vida.

Vários autores têm enfatizado a importância da valorização do saber popular, dos aspectos culturais e das representações sociais das populações no processo educativo, como forma de torná-la mais efetiva^{11,12,17}. É uma forma de agregar valor à educação para a saúde, em que o profissional reconhece que o usuário possui um saber popular socialmente construído e constrói uma visão sobre saúde e doença diferente da sua, em que os meios escolhidos não são os mesmos seus. Valorizam-se as trocas e, através do compartilhamento, busca-se a compreensão da realidade. Vasconcelos¹⁸ acredita que esta nova forma de fazer educação em saúde, a qual denomina educação popular em saúde, pode superar o fosso cultural entre os serviços de saúde e a comunidade.

Em relação aos recursos didáticos para o desenvolvimento das práticas educativas, verificou-se a carência ou total ausência de materiais educativos para este fim.

“A gente não tem um vídeo, uma televisão, a gente não tem nada. Nem espaço a gente tem.”
(E 05).

“Quando eu faço palestra com a comunidade eu confecciono, pego o álbum seriado do Ministério, ou senão, eu faço um em casa e trago.” (E 02).

Para se trabalhar efetivamente a educação em saúde, é necessária a oferta de materiais e insumos que possam estimular os profissionais. São também imprescindíveis os cursos de capacitação e atualização, que desenvolvam a capacidade criativa dos técnicos, para a utilização de formas diversificadas de práticas educativas, em especial aquelas que sejam planejadas e

executadas em conjunto com os usuários e tenham como ponto de partida situações vivenciadas pela comunidade¹⁶.

Quanto ao planejamento das atividades, percebeu-se, com a pesquisa, que as enfermeiras desenvolvem suas práticas educativas a partir de situações alheias à realidade vivida pelas usuárias. Os conteúdos são estabelecidos *a priori* com forte valorização dos conhecimentos técnicos acerca do ciclo gravídico-puerperal.

Sabe-se que a motivação é um aspecto valioso, quando se trata do processo de ensino-aprendizagem. Quando o aluno se sente motivado, sua participação é mais efetiva. Considerando isto, a escolha dos assuntos poderia ser feita a partir das necessidades ou das curiosidades das gestantes acerca do ciclo gravídico-puerperal e do cuidado com o recém-nascido.

A falta de capacitação profissional pode ser um dos fatores para a permanência deste tipo de abordagem. Os profissionais de saúde, durante sua formação profissional, não têm a possibilidade de aprofundar seus estudos sobre os processos de aprendizagem por vários motivos¹⁶. Desta forma, a implantação de um projeto de educação permanente seria uma estratégia valiosa que, além de qualificar as atividades de educação em saúde, possibilitaria ao profissional refletir sobre sua prática.

Verificou-se um grande interesse das enfermeiras em reorientar suas práticas educativas, através de modelos que rompam com as práticas convencionais de educação para a saúde. Entretanto a pouca disponibilidade de recursos, a sobrecarga de trabalho (acúmulo de funções assistenciais e gerenciais), a cobrança pela produtividade e a pouca qualificação profissional mostraram-se entraves importantes para sua execução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante o exposto, a educação para a saúde ficou caracterizada como uma prática social concreta, que se estabelece entre a enfermeira e o usuário do serviço, permeada pelas diretrizes das políticas de saúde e de educação, concretizada através de práticas pedagógicas verticalizadas, autoritárias e acríticas, cuja finalidade é o condicionamento do usuário.

Além disso, a enfermeira, ao desenvolver essa prática em seu fazer diário, legitima um determinado saber sobre saúde e educação, tendo como eixo filosófico o conceito flexineriano de saúde e o conceito tradicional de educação. Configurou-se como uma atividade restrita e ineficaz para a transformação do *status quo* sanitário da população.

Torna-se fundamental, portanto, a reorientação desta prática, tendo como princípios norteadores o ideário constitucional do SUS e as tendências pedagógicas problematizadoras. O ato educativo precisa ser entendido como uma forma de intervenção no mundo, com o envolvimento de todos os sujeitos, privilegiando a construção compartilhada do conhecimento e, principalmente, a multiplicidade de saberes e visões de mundo ante o processo saúde-doença, pois, como diz Freire^{12:67}: “[...] ninguém educa ninguém, todos se educam em comunhão.”

REFERÊNCIAS

1. Smeke EL, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeitos. In: Vasconcelos EM, editores. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular em saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 115-36.
2. Melo JAC. Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos da Cedes 1987;4:28-64.
3. Mohr A, Schall VT. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. Caderno de Saúde Pública 1992;8(2):199-203.
4. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2005;9(16):39-56.
5. Triviños A. Introdução à pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Atlas; 1987.
6. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cadernos de Saúde Pública 2005;21(1):200-6.
7. Monticelli M. Ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom-senso. Rev. Texto e Contexto - Enfermagem 1994;3:7-16.
8. Pimont R. Educação em saúde: conceitos, definições e objetivos. Boletim informativo Saint Panam 1977;82:4-22.
9. Almeida MCP, Mishima SM, Silva EM, Mello DF. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - rede básica. In: Almeida MCP, Rocha SMM, editores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 61-112.
10. Laplatine F. Antropologia da saúde. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
11. Rice M, Candeias NMF. Padrões mínimos da prática da educação em saúde – um projeto pioneiro. Revista de Saúde Pública 1989;23(4):347-53.
12. Freire P. Educação como prática de liberdade. 22ª. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
13. Ferreira SL. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: Almeida MCP, Rocha SMM, editores. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 175-228.

14. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; Abrasco; 1994.
15. Donangelo MC, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas cidades; 1979.
16. Candeias NMF. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública 1997;31(2):209-13.
17. Vasconcelos EM. Educação popular e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
18. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec; 1989.

Recebido em 14.03.2006 e aprovado em 04.05.2006.