

EDUCACIÓN EN SALUD: PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA Y LA PARTICIPACIÓN DEL USUARIO¹

Maria de Fátima Antero Sousa Machado²
Neiva Francenely Cunha Vieira³

Este estudio tuvo como objetivo comprender la concepción y la actuación en Educación en Salud por parte del Equipo de Salud de la Familia buscando la participación del usuario. Se trata de un estudio cualitativo con usuarios y profesionales del Programa Salud de la Familia (PSF), del Municipio de Crato, estado de Ceará, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista semiestructurada y de observación, entre mayo y septiembre de 2005; fueron organizados mediante análisis de contenido con base en la literatura. Evidenciamos que el proceso educativo es percibido por los profesionales como orientar y enseñar a prevenir enfermedades. La participación de los usuarios significó escuchar y prestar atención. Se concluye que los profesionales del PSF necesitan ampliar la comprensión de la educación en salud y de estrategias educativas culturalmente significativas para que la participación y decisión de cambios de comportamiento en salud de los usuarios sean libres y conscientes.

DESCRIPTORES: promoción de la salud; educación en salud; participación comunitaria; programa de salud familiar

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O OLHAR DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

Este estudo objetivou compreender a concepção e a atuação de Educação em Saúde pela Equipe de Saúde da Família, objetivando a participação do usuário. Estudo qualitativo com usuários e profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), do município do Crato, Ceará, Brasil. Os dados foram coletados através da entrevista semiestructurada e observação, entre maio e setembro de 2005, e organizados mediante análise de conteúdo e à luz da literatura. Evidenciou-se que a Educação em Saúde é percebida pelos profissionais como orientar e ensinar a prevenir doenças. A participação dos usuários significou escuta e atenção. Conclui-se que os profissionais do PSF necessitam ampliar a compreensão de educação em saúde e de estratégias educativas, culturalmente significativas, para que a participação e decisão de mudanças de comportamento em saúde dos usuários sejam livres e conscientes.

DESCRITORES: promoção da saúde; educação em saúde; participação comunitária; programa saúde da família

HEALTH EDUCATION: THE FAMILY HEALTH TEAMS' PERSPECTIVE AND CLIENTS' PARTICIPATION

This study aimed to understand the conception and performance of health education developed by the Family Health Team with a view to clients' participation. Qualitative study carried out with clients and professionals at the Family Health Program (FHP) in Crato, CE, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and observation between May and September, 2005. Data were organized according to content analysis and literature. Findings indicate that professionals view health education as guidance and teaching focused on disease prevention and the participation of clients is perceived as listening and attention. Thus, FHP professionals need to broaden their understanding of health education and educative strategies, which should be culturally meaningful, so that clients freely and consciously decide on their participation and behavioral change in health.

DESCRIPTORS: health promotion; health education; consumer participation; family health program

¹Artículo extraído de Tesis de Doctorado; ²Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor de la Universidade Regional do Cariri e da Universidade de Fortaleza, Brasil, e-mail: fatimaantero@uol.com.br; ³Enfermera, PhD., Profesor Adjunto de la Universidade Federal do Ceará, Brasil, e-mail: nvieira@ufc.br.

INTRODUCCIÓN

La educación en salud y la participación de los usuarios son elementos esenciales para que los cambios personales y estructurales ocurran en las acciones de promoción de la salud. Esas afirmaciones están presentes desde la primera conferencia internacional de salud, a través de la Carta de Ottawa, de 1986. Ese movimiento internacional fue seguido por otras conferencias que han ratificado la orientación realizar una mayor interacción entre profesionales y usuarios, valorizando sobre todo las acciones de prevención y de cuidados de la salud, en una dimensión socio sanitaria, inclusiva, ecológica y solidaria para la mejoría de la calidad de vida⁽¹⁾.

Las acciones de educación en salud, en una concepción ampliada del cuidado de la salud, requieren la participación del usuario en la movilización, capacitación y desarrollo de aprendizaje de las habilidades individuales y sociales necesarias para lidiar con los procesos de salud-enfermedad, extendiéndose a la concretización de políticas públicas saludables.

Los profesionales de la salud y usuarios son los actores sociales que están en continua interacción. Por lo tanto, el proyecto terapéutico debe incorporar acciones de cuidado a la salud que trascienda la clínica limitada a la cura de la enfermedad y valore el contexto, los determinantes sociales, la subjetividad del proceso salud-enfermedad, así como la inserción de los usuarios como seres activos, autónomos y participativos. Al utilizarse el término proyecto terapéutico como itinerario para el plano de cuidados, se adopta la comprensión de que la promoción de la salud es la finalidad clave de la actuación de los profesionales de salud en todos los niveles de asistencia. Ese entendimiento requiere una visión multidisciplinar y compleja de una variedad de acciones, demostrando que los profesionales deben superar la visión tradicional y limitada de cuidado a la enfermedad, inclusive de pacientes en tratamiento, incentivándolos a adoptar cambios momentáneos o permanentes, resultantes de los procesos de enfermarse y/o sufrimiento⁽²⁾.

Reafirmar la promoción de la salud como una finalidad del proyecto terapéutico implica transformar las instituciones de salud, como hospitales o unidades básicas de salud, en organizaciones saludables que desarrollen la cultura de valorizar a las personas, para que estas puedan participar y decidir sobre los planos

de cuidados en cualquier nivel de asistencia a la salud⁽³⁾.

El poder y control de las personas sobre su destino permite producir acciones concretas y efectivas en la tomada de decisiones para la atención de prioridades, en la definición de estrategias y en su implementación, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, para que los individuos puedan enfrentar las diversas fases de la existencia y las enfermedades que pueden ocurrir⁽⁴⁾.

Entre tanto, el poder y el control por los usuarios solo podrán ser ejercido a través de su plena participación en la Educación en Salud. El Programa Salud de la Familia tiene como directriz la promoción de la salud, cabiéndole al equipo de salud concentrar todos los esfuerzos para que los cambios de comportamiento en la salud ocurran en proceso continuo de aprendizaje y participación de los usuarios en la forma de actuar sobre sí, en la familia y en el entorno, posibilitando la transformación de la persona en sujeto activo y colectivo.

De modo general, la participación de la clientela en las acciones educativas es pasiva y las sesiones son conducidas para únicamente transmitir informaciones de quien sabe (profesionales de salud) para quien no sabe (cliente)⁽⁵⁾. Esa forma de actuar en el proceso educativo alejó a las personas de la oportunidad de identificar sus problemas, reflexionar críticamente sobre sus causas y descubrir estrategias, superando los obstáculos en la dirección de la promoción de la salud a través de cambios en la propia vida⁽⁶⁾.

Estas reflexiones guiaron el objetivo de este estudio, que es comprender la concepción y la actuación de Educación en Salud por el equipo de Salud de la Familia, objetivando la participación del usuario.

MATERIAL Y MÉTODO

Este es un estudio de naturaleza cualitativa y descriptiva, desarrollado en la ciudad de Crato, estado de Ceará, teniendo como escenario las Unidades Básicas del Programa Salud de la Familia. Actualmente, el municipio cuenta con 24 Equipos de Salud de la Familia (ESF), distribuidos así: 14 en la zona urbana y 10 en la rural. En esta investigación, participaron cinco equipos con sede en la zona urbana, con más de cinco años de implantación del PSF, considerando la experiencia con los usuarios. Fueron incluidos en la investigación 42 usuarios y 32

profesionales de los equipos del PSF, haciendo un total de 73 sujetos entrevistados.

La recolección de datos fue realizada a través de entrevista semiestructurada y observación, se utilizó un *check-list*. El primer instrumento utilizado consistió en una entrevista dirigida a los usuarios y otra a los profesionales. Las entrevistas abordaron aspectos relacionados a la participación del usuario en el PSF, y fueron grabadas mediante autorización de los informantes del estudio, y, cuando no autorizado por los participantes, los datos fueron, por los autores de esta investigación, registrados manualmente y, en seguida, leídos para el entrevistado, para que confirmase sus declaraciones. Solamente un usuario se recusó a participar de este procedimiento; hecho que fue registrado en el diario de campo. Las entrevistas, tanto con los usuarios como con los profesionales, fueron realizadas en la propia unidad básica de salud, con duración de 30 a 50 minutos.

Las sesiones educativas observadas fueron aquellas planificadas y desarrolladas por los profesionales de los equipos, con tópicos y estrategias por ellos escogidas. Así, fueron conferencias, grupos y sala de espera y el número de observaciones fue de dos a tres por ESF.

Se adoptó, como procedimiento para organizar los datos, el método de análisis de contenido, el cual orientó la construcción de las categorías⁽⁷⁾. Esas categorías formaron el mapa conceptual de análisis de como la Educación en Salud se realiza dentro del Programa Salud de la Familia.

El análisis de los datos fue estudiado a la luz de la literatura revisada para la investigación, en las vertientes de la Promoción de la Salud, Educación en Salud, Participación y Programa Salud de la Familia.

Se sometió el proyecto de esta investigación a la apreciación del Comité de Ética en Investigación y a al Consejo Hospitalario de la Universidad Federal de Ceará (COMEPE), cumpliendo las exigencias formales dispuestas en la Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud/Ministerio de la Salud, que dispone sobre investigaciones en la que participan seres humanos⁽⁸⁾, el cual fue aprobado, conforme Parecer 86/05 del referido órgano.

RESULTADOS

Los datos de este estudio tienen como base la relación del equipo de Salud de la Familia en el

proceso de trabajo de Educación en Salud. Inicialmente, se optó por presentar como el equipo comprende la educación en salud, en seguida la participación y la manifestación de los usuarios sobre su inserción en las acciones educativas.

La comprensión de los profesionales de las ESFs sobre Educación en Salud

Los profesionales entrevistados entienden la Educación en Salud como: transmisión de contenido, intercambio de información, instrucción, conducción de la comprensión, orientación, esclarecimientos, enseñanza y prevención de enfermedades. Los enfoques en la prevención de las enfermedades están presentes en los relatos de esos informantes, como en los datos de las observaciones realizadas junto a las ESFs, cuando los temas abordados por los equipos en las conferencias fueron definidos por ciclo de vida o patologías; apenas dos trataban del prenatal y una de salud bucal.

Yo comprendo la educación en salud como la instrucción que usted pasa a través de los profesionales (Médico 1).

Yo pienso que somos nosotros que estamos interactuando con el profesional y el cliente en el caso y que nosotros intercambiamos así informaciones y que él venga y usted después pueda detectar si él está entendiendo eso, porque la gente pasa mucha información, sin embargo no sabe si esa persona está siendo educada en relación a la salud (Enfermera 1).

Debemos: pasar lo que es mejor para las personas, conversar, orientar, decir todo claramente - para que ellos hagan así su higiene, su tratamiento bien hecho (Aux. Enf. 1).

La educación en salud somos nosotros haciendo entender a las personas que se deben prevenir de las enfermedades.(ACS 1.2).

Es un trabajo dirigido principalmente para las comunidades carentes, es un trabajo que tiene que ser realizado en las escuelas, en la comunidad en la familia, para tener una salud de calidad (Enfermera 4).

La percepción de los profesionales de la ESF sobre la Educación en Salud se concentra en la prevención de enfermedades. Se observa que predominan los temas abordados en las sesiones educativas en la área de los determinantes biológicos de la enfermedad.

ESF y su actuación en otros escenarios

Se registró la valorización, por parte de los profesionales de la ESF, de la utilización de recursos

existentes en la comunidad para el desarrollo de acciones educativas. Se comprende, aquí, que esa actitud de la ESF integra los principios de la integralidad e las actuaciones intersectoriales y, de esa forma, fortalece el Sistema Único de Salud. Eso queda evidente, cuando el equipo se refiere a buscar alianzas con escuelas y salas cuna existentes en la comunidad, así como con otros órganos del municipio, en la búsqueda de alianzas con otros segmentos de la sociedad para desarrollar actividades educativas junto a los usuarios.

A gente tiene los grupos de hipertensos, de gestante, la gente tiene un grupo con la escuela, la gente siempre está trabajando con la escuela y aquí en la sala cuna con grupos de madres (Enfermera 1).

Nosotros trabajamos también con la escuela, siempre que solicito una sala y la asistencia de los alumnos para que dar una charla, es siempre concedido (ACS 3.1).

Cuando nosotras vamos a hacer una actividad, llamamos al personal de la FNS (Fundación Nacional de Salud), ellos ofrecen charlas, enseñan a hacer multi mezcla (ACS 5.2).

La utilización de los potenciales de la comunidad representa una estrategia importante en el proceso educativo. La ESF debe valorizar a los grupos existentes en la comunidad, cualquier que sea la naturaleza de su formación. El estudio tuvo la oportunidad de encontrar un grupo organizado en una de las áreas adscritas, existente en la comunidad hace más de diez años, compuesto por mujeres, teniendo la música y la danza regional como objetivos de su formación. Se registró, en uno de los momentos observados, la participación de los componentes del grupo con todos los profesionales del equipo, inclusive participando de la programación de la sesión educativa, presentando una música compuesta por el propio grupo con enfoque en la dengue.

Participación de los usuarios

Los profesionales traen en sus relatos la forma de participación de los usuarios en las acciones de Educación en Salud, desarrolladas por el equipo, como: participación de forma todavía precaria, existe desinterés, subsidiado por la coerción material, sin embargo también ya se intercambian ideas y solucionan dudas. Algunos tipos de recursos de los que se valen los profesionales para estimular la participación del usuario en las acciones de Educación en Salud, son perjudiciales. No se puede olvidar que los recursos como negociación y coerción

comprometen la participación. El uso de esos recursos refuerza prácticas como el clientelismo y el asistencialismo y, en el momento en que estos dejan de existir, los usuarios no participan más. Por esa razón, el proceso educativo debe ser consciente, libre y de espontánea voluntad, por escoger participar, por opción de vivenciar la acción educativa, y no estimulado por cualquier mecanismo de negociación.

Yo encuentro todavía precaria la participación del usuario dentro del proceso de educación en salud, también la participación en el servicio es todavía precaria (Médico 1).

Elas todavía participan poco, yo formé un grupo de salud de la mujer, les ofrecí charlas y considerando el número de mujeres que tengo en el área, vinieron pocas (Enfermera 1).

Prestan atención, ellos hablan, intercambian ideas, también dan ejemplos, es simpático (Aux. Enf 1).

Ellos escuchan, preguntan poco en la hora de solucionar sus dudas por vergüenza o por miedo (ACS 3.3).

En la comunidad, la mayoría, no tiene casi interés para eso ahí, es tanto que es difícil reunir a la gente. Anunciamos la fecha del encuentro, buscamos una película, alguna cosa para pasar para ellos, aparecen dos, tres, cuatro...ellos no están muy interesados en eso, solo en aquellas acciones en que obtendrán beneficios (ACS 4.3).

En el inicio faltaban mucha, sin embargo comenzamos a crear estrategias para trabajar, por ejemplo, si tenemos diez gestantes y ellas no quieren ir a la reunión, entonces les llevamos un regalo para ser sorteado, les llevamos un recordito para el futuro bebé, a cada una de ellas; comenzamos a incentivar de esa forma y ellas comenzaron a no faltar más a las reuniones (ACS 5.3).

Respuestas de los usuarios a las acciones de Educación en Salud

Merece destaque la forma como los usuarios participaban de las acciones de Educación en Salud, desarrolladas por la ESF, conforme enfatizado en sus relatos como siendo un espacio para escuchar y aprender, y, a pesar de tímido, ya se ha registrado la existencia multiplicadores a partir de este proceso.

Ella estaba explicando sobre la limpieza, la higiene de los dientes del niño, que después que nace ya con un año tiene que cuidar de los dientecitos de él y así por delante. No hice preguntas porque yo en el momento no estaba preparada (U-1.3).

Aprendemos con ellas y después pasa para nuestro grupo infantil y pasa también para nuestras mujeres porque nosotras somos 17 mujeres en nuestro grupo (U-1.4).

Yo no pregunto, lo que ellos van a decir yo voy grabando en mi memoria y voy a usar lo que sea mejor (U-1.6).

Me gusta participar escuchando y si no entiendo pregunto, mostrando mi interés (U-2.6).

Queda caracterizado, en esos relatos, el registro de la participación del usuario en el proceso educativo, desarrollado en el PSF, sea asistiendo a charlas y reuniones, aprendiendo para practicar, reproduciendo la información recibida, o preguntando.

El modo de participar del proceso educativo dentro del PSF, expresado por los usuarios, está dirigido para prácticas normativas.

Dificultades de la ESF para desarrollar la Educación en Salud

Las dificultades citadas por los profesionales fueron de naturaleza administrativa. Barreras de organización de procesos de trabajo ocasionadas por la gran demanda de servicio que genera el orden de prioridad para la atención y, también, por la ausencia de recursos técnicos para optimizar la comunicación entre el ESF y los usuarios; como material didáctico y recursos audiovisuales.

Los recursos siempre son difíciles de conseguir, así el transporte para locomoción; en términos de material didáctico esas cosas para hacer las charlas (Médico 1).

No disponemos de DVD, no disponemos de slides, sin embargo el equipo lleva unos bombones, una comida, preservativo, está siempre buscando renovar y llamar, y movilizar esos adolescentes para que ellos participen, porque se difícil retener al adolescente, si no se hace algo bien atractivo, ellos se escapan (Enfermera 4).

Una dificultad es la demanda de aquí, del puesto, ella es muy grande, entonces por ahora la realización de charlas son muy pocas, yo pienso que deberían ser más, sin embargo no disponemos de mucho tiempo para eso (Aux. Enf. 4).

DISCUSIÓN

La Educación en Salud practicada en los servicios se encuentra todavía centrada en las personas enfermas o en aquellas susceptibles a alteraciones de su estado de salud; a su vez, el profesional dirige sus acciones para los individuos que buscan los servicios de salud por alguna posible patología⁽⁹⁾, eso también fue colocado en evidencia en este estudio.

En ese sentido, las acciones de Educación en Salud, realizadas por las ESF, son orientadas hacia procesos normativos y son percibidas a partir de las demandas de los usuarios. El proceso educativo normativo sucede de forma vertical, o sea, los profesionales definen que abordar, cómo y cuando el proceso debe suceder⁽¹⁰⁾.

También fue evidenciado, que, en el contexto estudiado, las acciones de Educación en Salud quedan restringidas a *sets*, o sea, las prácticas eran planificadas por los equipos, de modo a atender el cronograma de atención del Programa, con día y hora determinados, y pudiendo ser en la propia unidad o en otro espacio del área adscrita. Ciertamente esa conducta del equipo delimita mucho la amplitud de las acciones pertinentes a la Educación en Salud cuando asumen el aspecto de acciones ordenadas y normalizadas, no habiendo la reflexión sobre otros espacios, también, como educacionales. Bajo esa óptica, el proceso educativo queda limitado a sesiones educativas programadas sin ser pensadas como prácticas permanentes y continuadas, realizadas en lo cotidiano del PSF.

La coerción silenciosa adoptada por la ESF para estimular la participación de los usuarios, en el proceso educativo, no está de acuerdo con los principios de libertad y de decisión. La educación es un acto colectivo y solidario que no puede ser impuesto, o sea, es lado a lado que se aprende, y el educador no puede traer, ya listo de su mundo, su saber, su método⁽¹¹⁾. Así, la Educación en Salud debe contribuir para la concientización individual y colectiva de las responsabilidades y de los derechos de la población, estimulando la participación popular⁽¹²⁾. En ese sentido, se destaca que son extremadamente bienvenidas las estrategias educativas que se encuentran en la comunidad con la ESF, ambas descubriendo y valorizando su potencial, y de otros aliados existentes en el municipio, en el intercambio de experiencias y conocimientos⁽¹³⁾.

La administración de los servicios para realizar acciones de Educación en Salud fue apuntada como una barrera para el desarrollo de esa actividad. Entre tanto, las quejas de la ESF en lo que se refiere a la ausencia de recursos audio visuales y materiales didácticos como limitantes no debe inhibir esa práctica, recordando que el proceso educativo ocurre con personas, siendo más importante que los recursos. De esa forma, se postula el argumento que su

valorización en el proceso puede superar cualquier otra dificultad. La cultura local, ruedas de conversaciones, formas de movilización y diálogo, y otros recursos y medios existentes en el área adscrita deben ser conocidos por los profesionales, que no pueden restringirse a importar recursos para utilizar dentro de la comunidad. Es la ESF que debe integrarse a las formas de comunicación de la comunidad local.

La valorización de recursos de tecnologías duras en detrimentos de los bienes culturales puede ser un sesgo en la formación de los profesionales de salud. Es importante observar la integración de la cultura humanística y cultura científica, en la cual es necesario que el profesional valore al sujeto, el contexto y la cultura en su hacer cotidiano⁽¹⁴⁾. En la educación, se debe valorizar lo que es significativo, lo que es simbólicamente visible para los sujetos que participan⁽¹⁵⁾. Los equipamientos tecnológicos citados por los profesionales pueden no ser simbólicamente visibles para los usuarios, tal vez lo que es simbólicamente sensible para estos sea escuchar la noción que, dentro del contexto de vida que él tiene, existen otras personas viviendo en situaciones semejantes a la suya, ahí sí, en la discusión y contextualización del hecho, el grupo puede crecer y desarrollar un proceso de aprendizaje de salud y ciudadanía.

En el que se refiere a la participación de los usuarios en las actividades de Educación en Salud dentro del Programa, se encuentra divergencia entre las narraciones de los profesionales y de los usuarios. No hay, por parte de los usuarios, relatos de que en esa práctica existen momentos de intercambio de ideas y experiencias.

La participación es un acto procesual de conquista del sujeto en la construcción colectiva⁽¹⁶⁾. Se comprende la participación como un proceso que implica conquista, compromiso, participación y compartir; posibilitando al individuo formar una conciencia crítica sobre la realidad en la cual está actuando y, de esa forma, volverse un ser autónomo y emancipado, pudiendo tomar decisiones que afecten, no solamente su vida, también la de su familia y de la colectividad. En esa concepción, se encuadra un sujeto ciudadano, idealizado y deseado para la realización del proyecto de la promoción de la salud.

El modelo "biológico", centrado en la enfermedad es, todavía, fuerte en el País, ya sea incorporado en la práctica de los profesionales o en la percepción de la población. El PSF fue propuesto como una dinámica diferente para organizar los servicios básicos de salud, así como para que se relacione con la comunidad. Es necesario que los profesionales tengan una visión sistémica e integral del individuo y de la familia, trabajando con sus reales necesidades y disponibilidades, valiéndose de prácticas técnicamente competentes y humanizadas, por las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud⁽¹⁷⁾.

CONSIDERACIONES

La Educación en Salud dentro del Programa es percibida por los profesionales de la ESF como una estrategia capaz de transmitir contenidos, informar, instruir, orientar y enseñar, principalmente, a prevenir enfermedades. Ya se registra la participación de los usuarios en las acciones de Educación en Salud, aunque sea todavía de forma incipiente.

Merece ser destacado que el Equipo de Salud de la Familia lanzó mano de los potenciales existentes en la comunidad, así como de otros segmentos de la sociedad, para desarrollar las prácticas educativas. Los profesionales reconocen dificultades para realizar esas prácticas. En ese sentido, se entiende que la ESF debe también dialogar con los usuarios y buscar otras formas de movilización.

También, se piensa que la Educación en Salud en el Programa Salud de la Familia representa una herramienta capaz de cambiar el comportamiento de los usuarios en favor de la promoción de la salud. Entre tanto, este estudio infiere que las políticas de implementación de promoción de la salud son todavía acciones en curso. Las prácticas de los profesionales de salud, en el ámbito del PSF, necesitan todavía ampliar su comprensión de educación en salud y en el uso de estrategias educativas que sean culturalmente significativas, con el objetivo de que la participación y decisión de cambios de comportamiento en salud de los usuarios sean libres y conscientes.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
2. Wills J. The role of the nurse in promoting health. In: Wills Jane, editor. Health Promotion – Vital notes for nurses. Oxford: Blackwell; 2007.
3. Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion Int. 1998; 13(4):349-64.
4. Araújo MRN, Assunção RSA. Atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Rev Bras Enferm 2004 janeiro/fevereiro; 57(1):19-25.
5. Silva LF, Damasceno MMC, Moreira RVO. Contribuição dos estudos fenomenológicos para o cuidado de enfermagem. Rev Bras Enferm 2001 julho/setembro; 54(3):475-81.
6. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education. Health Educ Quarterly 1988; 15; 379-393. DOI: 10.1177/109019818801500402.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
9. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPO. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado do cuidador leigo. Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2):337-43.
10. Naidoo J, Wills J. Health promotion – foundations for practice. London: Baillière Tindal Royal College of Nursing; 1994.
11. Brandão CR. O que é método Paulo Freire. 6 ed. São Paulo (SP): Brasiliense; 1986.
12. Catrib AMF, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: Barroso MGT, Vieira NFC, Varela MZV. Educação em saúde: no contexto da promoção humana. Fortaleza (CE): Edições Rocha; 2003. p. 31-8.
13. Valla VV. Saúde e educação. Rio de Janeiro (RJ): DP&A; 2000.
14. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 9 ed. São Paulo(SP): Cortez; Brasília (DF): UNESCO; 2004.
15. Freire P. Educação como prática da liberdade. 23 ed. São Paulo (SP): Paz e Terra; 1999.
16. Nietzsche EA. Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Editora UNIJUÍ; 2000.
17. Silvestre JÁ, Costa MM Neto. A abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad Saúde Pública 2003 maio-junho; 19(3):839-47.