

## Atualidades/Actualities

# PADRÕES MÍNIMOS DA PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE — UM PROJETO PIONEIRO\*

Marilyn Rice\*\*

Nelly Martins Ferreira Candeias\*\*\*

---

RICE, M. & CANDEIAS, N.M.F. Padrões mínimos da prática da educação em saúde — Um projeto pioneiro. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 23:347-53, 1989.

**RESUMO:** Expõe-se alguns dos benefícios alcançados nos dois últimos anos (1987/1988) em decorrência dos resultados do estudo da definição do papel de especialistas em Educação em Saúde. A OPAS/OMS procurou identificar um local onde se pudesse definir, em termos concretos e operacionais, as responsabilidades básicas e áreas de ação dos profissionais responsáveis por ações educativas apropriadas para o sistema de saúde. Coube à Faculdade de Saúde Pública (área de Educação em Saúde) da Universidade de São Paulo a realização do mencionado estudo.

**DESCRIPTORIOS:** Educação em saúde, normas.

---

### A SITUAÇÃO NAS AMÉRICAS

Há um número crescente de pessoas migrando para os centros urbanos e deles emigrando em busca de outras áreas geográficas. Em 1970, este fenômeno chegou a atingir 47,4% da população na América Latina e no Caribe. Em 1980 alcançou 62,3% da população. Tendendo a persistir, estima-se que o valor chegue a 78,5% no ano 2000. A cidade do México reflete claramente o fenômeno da explosão urbana, com uma população já ultrapassando 18 milhões de habitantes.

Além disso, por motivos políticos, muitas pessoas abandonam seus países de origem sem terem quaisquer qualificações profissionais ou treinamento, em busca de emprego nas metrópoles. Não raramente, surgem favelas nas grandes cidades, gerando problemas de saúde muitas vezes alarmantes.

Este rápido crescimento urbano prende-se também ao aumento das taxas de natalidade e a mudanças nas estruturas demográficas da população como, por exemplo, redução nas taxas de mortalidade e aumento na esperança de vida. Conseqüentemente, observa-se um número crescente de indivíduos improdutivos na Região, nos grupos etários com menos de 15 e mais de 65 anos.

Embora os centros urbanos ofereçam oportu-

nidades de emprego mais vantajosas, atendimento médico mais centralizado e alguns recursos destinados ao auto-cuidado e à promoção de saúde, a infra-estrutura urbana é precária para satisfazer uma demanda de tão rápido crescimento.

Desta forma, há uma taxa crescente de desemprego e um número cada vez maior de indivíduos que dependem dos serviços estatais. Reage-se contra esta situação, mostrando tensões individuais e sociais, violência, delinqüência juvenil, abuso de drogas e problemas mentais. Mães solteiras ou famílias em que o casal trabalha em tempo integral, fora de casa, são fatos extremamente comuns, fazendo com que as crianças fiquem sozinhas em casa sem nenhum apoio para seu desenvolvimento físico ou psicossocial. Além da elevada frequência de gestações, registra-se um número significativo de abortos ilegais, assim como um aumento das doenças sexualmente transmitidas.

Torna-se cada vez mais problemático, às instituições ligadas à saúde, atender a demanda crescente das necessidades em nível de assistência primária. Na maioria dos países da América Latina e do Caribe, onde grande parte da população recorre a serviços de saúde governamentais, são cada vez menores os recursos destinados ao setor saúde. Forçados a pagar dívidas externas e a investir no setor produtivo, os go-

---

\* Apresentado na Conferência "Padrões Mínimos da Prática da Educação em Saúde". Itu, São Paulo, Brasil, maio, 1987.

\*\* Regional Advisor in Health Education. Pan American Sanitary Bureau — PAHO/WHO — 525 twentieth third Street — N.W. — Washington, D.C. — 20037 — USA

\*\*\* Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — Av. Dr. Arnaldo, 715 — 01255 — São Paulo, SP — Brasil.

vernos têm reduzido gradativamente os recursos financeiros destinados à saúde.

#### A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO ATENDIMENTO MÉDICO-SANITÁRIO

Nesta última década, o conceito de educação em saúde, relacionado ao atendimento médico-sanitário, sofreu significativa alteração. Em 1977, durante a IV Reunião dos Ministros das Américas<sup>8</sup>, discutiu-se exaustivamente o conceito de participação comunitária, como instrumento capaz de ampliar os serviços de saúde. Considerou-se que a participação comunitária poderia levar ao desenvolvimento de habilidades e à transformação de pessoas em função de suas próprias necessidades, esperando-se que pudessem assim ter mais responsabilidade e zelo em relação à própria saúde. Implícito neste conceito encontra-se a proposta de um diálogo permanente e contínuo entre o pessoal da saúde e a comunidade.

Nessa mesma reunião, atribuiu-se à "participação" várias características, tais como ser ativa, consciente, responsável, deliberada, organizada e contínua. Para ampliar a possibilidade de participação comunitária, como componente essencial nos programas de saúde, identificaram-se três condições: 1) *políticas de saúde* favoráveis à participação popular nos programas de saúde, com instrumentos e mecanismos, incluindo a participação comunitária na implementação de várias fases; legislação, apoiando a participação comunitária e as condições para que a comunidade possa ter acesso adequado a recursos humanos, materiais e financeiros; 2) *coordenação intersetorial* (setor formal e setor informal) com os grupos comunitários a fim de que possam identificar suas necessidades, problemas e soluções; 3) *fortalecimento do relacionamento entre o sistema formal de saúde e a comunidade*, fundamentado no diálogo franco e na troca de informações, assim como na descrição transparente de determinada situação; tal como percebida por ambos os setores.

Em 1978, na primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária em Saúde<sup>9</sup>, os países reconheceram o direito e a responsabilidade que os indivíduos têm de planejar e implementar seus próprios serviços de atendimento, afirmando que a educação relacionada a problemas de saúde, *assim como as condições para preveni-los ou controlá-los, deveria constituir o primeiro dos oito elementos essenciais na estratégia da assistência primária de saúde*. Os indivíduos deveriam conhecer melhor suas próprias condições de saúde, de modo que, a partir dis-

to, pudessem se transformar em agentes interessados em promover seu próprio desenvolvimento, em vez de representarem apenas meros receptores passivos da ajuda veiculada por outros, muitas vezes até desnecessária. Não se deseja, portanto, que os indivíduos aceitem passivamente determinadas soluções — mais do que isso, torna-se necessário que adquiram a capacidade de auto-analisar-se, identificando possíveis soluções e selecionando a que lhes parece mais conveniente. Ao mesmo tempo, é preciso que a comunidade se torne receptiva no que respeita à aprendizagem de novas formas de comportamento. Por outro lado, espera-se que o sistema formal de atendimento médico-sanitário seja responsável por explicações e aconselhamentos, sendo capaz de veicular clara informação quanto às conseqüências favoráveis e desfavoráveis de possíveis soluções.

Em 1980, durante as Discussões Técnicas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>10</sup>, na XVII Reunião do Conselho Diretor, os Ministros das Américas reconheceram a necessidade de aceitar novos enfoques e de propor novas estratégias para integrar a educação e a participação comunitária nas atividades da assistência primária em saúde. Além disto, mostraram a necessidade de mudanças e de ajustamento nas estruturas vigentes dos serviços de saúde, recorrendo ao raciocínio político que fundamenta teórica e praticamente a participação comunitária. Essas recomendações basearam-se em estudo realizado em todos os países da região nos quais, é interessante observar, se utilizavam métodos tradicionais e passivos de educação em saúde tais como, por exemplo, comunicação de massa, recursos audiovisuais, fotovelas, aulas didáticas e palestras em centros de saúde, escolas, igrejas e outros centros comunitários. Em alguns países, a comunidade participava de forma mais ativa mediante estratégias ligadas ao teatro, canções, feiras, dias da saúde e dinâmica de grupo.

Entre os fatores que sustentavam a educação comunitária, o estudo mencionou a existência de políticas e normas para trabalhar com a comunidade, atitudes favoráveis por parte do pessoal da saúde em seus contatos com a comunidade, apoio de toda uma equipe de saúde trabalhando conjuntamente, resolução concreta de problemas locais, manutenção do pessoal de saúde em programas e respeito pelo sistema organizacional da comunidade tradicional.

Entre os fatores com influência negativa em termos da participação comunitária, o estudo identificou: enfoque curativo tradicional, em detrimento da prevenção, no sistema de atendimento médico-sanitário; falta de integração dos

membros da comunidade com a equipe de saúde; ausência de enfoques multisetoriais; ceticismo por parte do pessoal quanto à proposta de trabalhar conjuntamente com a comunidade e, finalmente, falta de pessoal qualificado para promover atividades comunitárias na área de educação em saúde.

Em 1982, a Comissão Técnica de Novos Enfoques da Educação em Saúde na Assistência Primária da Saúde<sup>10</sup>, da Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendou que o educador de saúde passe a ser aluno e facilitador e os membros da comunidade sejam professores e também alunos. À comunidade cabe ensinar aos educadores de saúde, sua "cultura da saúde", suas crenças e como atuam na área da saúde — onde buscam tratamento e qual sua percepção em situações relacionadas à saúde. Aos educadores de saúde cabe garantir um diálogo construtivo com os membros da comunidade, para que estes possam identificar soluções culturalmente apropriadas. Em decorrência disto, novos papéis estão emergindo para os educadores de saúde, exigindo novas formas e novos enfoques de treinamento para que possam, como profissionais, cumprir estas responsabilidades.

Em 1983, durante as Discussões Técnicas da Assembléia Mundial da OMS<sup>11</sup>, os Ministros da Saúde discutiram o tópico "Novas Políticas de Ação para a Educação em Saúde na Assistência Primária da Saúde". Nessa ocasião, enfatizou-se a mudança de ênfase na educação em saúde: do planejamento central para o planejamento local; da ênfase em doenças específicas para a ênfase em diversos objetivos; das habilidades específicas para uma visão mais global da educação, como instrumento capaz de solucionar problemas de saúde; finalmente, da ênfase em mudanças do comportamento individual para a preocupação com fatores organizacionais, econômicos e ambientais que promovam estilos saudáveis de vida, assim como ação política capaz de contribuir para alcançar tais objetivos.

A OMS optou pelo termo "envolvimento comunitário" em vez de participação comunitária por reconhecer que não basta apenas contar com a participação passiva da comunidade. É preciso criar mecanismos que garantam o envolvimento ativo dos indivíduos, tornando-os responsáveis por suas próprias decisões e capazes de desenvolver atividades conjuntas com os profissionais da saúde.

A educação em saúde, portanto, deveria focalizar ações comunitárias factíveis e práticas, que possam realmente ser alcançadas no contexto de situações locais. É preciso reconhecer que a comunidade nem sempre tem conheci-

mento e treinamento relativos a problemas de saúde, razão pela qual se torna necessário fundamentar as idéias e opiniões dos membros da comunidade com dados econômicos, de saúde, científicos e sócio-demográficos.

#### O DESAFIO

Tendo em vista estas observações, a OPAS/OMS tem-se empenhado em fornecer orientação a respeito dos conceitos, muitas vezes ambíguos, de educação em saúde e de participação comunitária. Apesar disto, é preciso reconhecer, os princípios inerentes quase nunca indicam a operacionalização da prática que contribui para que o pessoal da saúde torne efetiva e real esta participação comunitária. Recentemente, têm-se observado novos movimentos relacionados à educação em saúde que criaram sérias preocupações aos profissionais a nível local.

Por exemplo, em novembro de 1986, realizou-se uma Reunião Internacional para a Promoção da Saúde<sup>12</sup>, em Ottawa, que produziu o documento intitulado "A Carta de Ottawa para Promoção da Saúde". Esta carta refere-se a um novo conceito da saúde pública e, embora enfatize o fortalecimento da ação comunitária para o desenvolvimento das habilidades pessoais da população, não se refere à educação em saúde. Os princípios da Carta são genéricos, não incluindo orientação técnica. Além disso, ao referir-se à necessidade de reconhecer a responsabilidade dos outros setores em relação à saúde, acaba por se esquecer das responsabilidades inerentes ao próprio setor saúde. Na Carta de Ottawa parece estar implícito que basta habilitar a comunidade para que, em decorrência, os indivíduos deixem de necessitar do sistema de saúde, a não ser em casos de emergência. Pode ser até que isto seja eventualmente viável em países altamente desenvolvidos, mas é irrealista em países com os tipos de problemas de saúde típicos da América Latina. Torna-se pois necessário definir os conceitos de promoção da saúde, no próprio contexto, de forma prática e operacional.

Outra situação que vem preocupando os educadores de saúde na América Latina é a disposição freqüente de realizar campanhas contra doenças específicas, fundamentadas estas na utilização exclusiva dos meios de comunicação de massa. Muitas pessoas acreditam, erradamente, que programas de educação em saúde se limitem apenas à produção e distribuição de material escrito e de audiovisuais. Julgam que, apenas com esse enfoque, serão capazes de mu-

dar o comportamento dos indivíduos e de alterar suas práticas tradicionais em saúde, o que de fato já se sabe, não ocorre.

O que tem acontecido, quanto muito, é que especialistas devidamente treinados em comunicação passaram a utilizar o "social marketing" para "vender" produtos, como vacinas ou sais orais para reidratação ou comportamentos como aleitamento natural. Lamentavelmente, a maioria da população latino-americana não está devidamente treinada para utilizar essa metodologia, acabando por adulterá-la. Embora este enfoque tenha início em pesquisas realizadas junto à população-alvo ("focus group"), esta não tem possibilidade de expressar sua opinião a respeito dos comportamentos propostos ou dos produtos que estão sendo promovidos ou vendidos. Sendo assim, vale reiterar, não tem a oportunidade de expressar como percebem seus próprios problemas de saúde, nem muito menos suas prioridades e soluções. Quer isso dizer que não se tem acesso à nenhuma retroalimentação quanto à compreensão da mensagem transmitida e nem se sabe se esta de fato corresponde ao objetivo definido pelo programa. Nestes termos, o problema mais grave é o fato de muitos profissionais da saúde, alguns deles em posições de grande influência, acreditarem que seja esta a missão da educação em saúde. Em decorrência disto, observa-se maior número de programas e de recursos nacionais prendendo-se a um enfoque simplista e tecnicamente ingênuo.

Essas campanhas de massa, por um lado, mobilizam enorme quantidade de recursos financeiros enquanto que, por outro, imobilizam totalmente a equipe de saúde que, nessas circunstâncias, precisa se dedicar integralmente à campanha, interrompendo os serviços de saúde regularmente prestados. Resta perguntar: qual é o custo dessa interrupção em termos de outras doenças que deixam de ser tratadas? Além disso, já se sabe que de fato a população não está mudando seu comportamento, mas apenas reagindo a um estímulo temporário, razão pela qual o novo comportamento não se mantém. A avaliação da rapidez da aprendizagem e do período de retenção da informação de um "social marketing" sobre sais de reidratação oral, em um programa de Honduras<sup>5</sup>, mostrou que, no momento em que os meios de comunicação foram interrompidos, a população esqueceu rapidamente a informação.

Não obstante, o enfoque de "social marketing" tem-se tornado muito popular entre pessoas que ocupam posições de destaque e altos cargos políticos porque são de alta visibilidade, despertam a atenção para assuntos socialmente

dramáticos e promovem programas que, ao menos aparentemente, parecem ter resultados concretos. É claro que, para quem ocupa esse tipo de posição por período curto ou transitório, representam resultados excelentes e desejáveis. Contudo, para os técnicos que realmente se preocupam com mudanças de saúde a longo prazo, torna-se necessário que estes enfoques sejam associados com métodos de comunicação interpessoal e, mais do que isso, com processos de planejamento técnico mais exigentes.

A OPAS/OMS reconhece que a educação em saúde e a participação comunitária, como uma de suas formas de intervenção, precisa se transformar em fato regular do sistema de atendimento da saúde, ou seja, precisa tornar-se permanente. Para que a educação em saúde seja bem sucedida precisa contar com técnicos altamente qualificados, por treinamento, que possam garantir a implementação das melhores soluções e procedimentos possíveis, orientando também outros profissionais da saúde quanto às ações com mais probabilidade de êxito. Sabe-se que há uma imensa necessidade de treinamento dos indivíduos envolvidos na prática da educação, quanto a metodologias de planejamento, educação e comunicação, implementação, supervisão, administração, acompanhamento e avaliação, etapas necessárias ao processo educativo. Também torna-se necessário perceber como se deve aplicar essas técnicas e metodologias, de acordo com as peculiaridades do ambiente e da população-alvo.

#### ÁREA DE ESTUDO — SÃO PAULO

Com essas preocupações em mente, a OPAS/OMS procurou identificar um local onde se pudesse definir, em termos concretos e operacionais, as responsabilidades básicas e áreas de ação das pessoas responsáveis por ações educativas inerentes ao sistema de saúde. A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) foi selecionada por várias razões:

1. Os Recursos Regionais da OPAS para a educação em saúde são limitados e, por isso, insuficientes para satisfazer às necessidades expressas oficialmente sob a forma de propostas. Sendo assim, torna-se essencial uma cuidadosa seleção nas áreas e atividades apoiadas por aquela instituição de forma que possa proporcionar efeito multiplicador. Sentiu-se que, nesses termos, a FSP/USP apresentava rara potencialidade.

2. Reconheceu-se que o Estado de São Paulo reflete os problemas da América Latina no que diz respeito aos aspectos econômicos, sociais e demográficos anteriormente referidos — sendo assim, pode-se supor, com certa segurança, que os resultados da experiência em São Paulo se aplicarão no futuro próximo a outros países da América Latina.
3. Vários países da América Latina deram início ao processo da descentralização dos serviços de saúde. A OPAS está apoiando, cada vez mais, a realização de estudos a nível local com vistas a alcançar resultados mais sólidos do ponto de vista operacional. Com as recomendações da VIII Conferência da Saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado e as Ações Integradas de Saúde contribuíram para transformar o Estado de São Paulo em um modelo para a região no que diz respeito à definição operacional da educação em saúde e à descrição dos papéis dos profissionais em um sistema de saúde fundamentado no processo da descentralização.
4. Considerando-se a ampla rede de educadores de saúde existentes no Estado de São Paulo<sup>1,2</sup>, o que torna o Brasil um país “*sui generis*”<sup>\*</sup> na América Latina, reconheceu-se que a infra-estrutura existente oferece um ambiente real, favorável à verificação do processo inovador, representado pelos “Padrões Mínimos da Prática Educativa”.
5. Julgou-se essencial existir um compromisso político para que se pudesse incorporar a educação em saúde e, mais especificamente, a estratégia da participação comunitária nos serviços de atendimento médico-sanitário com êxito e de forma mais permanente. Além disso, ponderou-se que o Estado e a Prefeitura de São Paulo já apresentavam, oficialmente, o compromisso político necessário à promoção desse tipo de atividades, criando um vínculo entre o pessoal da saúde e a comunidade nas áreas de educação em saúde, nas dimensões de auto-cuidado comunitário, auto-responsabilidade, promoção da saúde e prevenção, aspectos típicos dessa área de conhecimento.
6. A área de Educação em Saúde da FSP/USP é o único local da América Latina onde existe um sólido compromisso já histórico de natureza universitária. Desta forma poderá, no futuro próximo, mediante a contribuição de docentes/pesquisadores altamente capacita-

dos, utilizar os resultados do estudo como conteúdo permanente de ensino e objeto de pesquisa, assim como em programas de educação continuada nas Secretarias de Saúde do Estado e da Prefeitura. Este aspecto foi da maior importância em termos da aspiração de continuidade e de permanência do trabalho a ser realizado.

#### PADRÕES MÍNIMOS DA PRÁTICA EDUCATIVA

A busca da definição dos padrões mínimos da prática educativa teve origem em trabalho realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, quando se sentiu que, pela primeira vez, sem uma séria discussão a este respeito, tornar-se-ia impossível propor logicamente as atividades educativas a serem aí implantadas. A questão básica era, pois, a formulação clara das atividades educativas essenciais a serem desenvolvidas nos diversos programas, sem o que não se poderia propor uma avaliação em nível local.

Foi esta aspiração técnica que, discutida em nível internacional com especialistas de educação em saúde da OPAS/OMS, levou a uma troca de informações que acabou por divulgar importante estudo desenvolvido nos Estados Unidos com o título “The Role Delineation Project for Health Education”. O estudo teve início em 1978 levando à publicação do documento “A Guide for the Development of Competency — based Curricula for Entry Level Health Educators”<sup>6</sup>. O documento reflete discussões, em nível nacional, que envolveram especialistas em educação em saúde, em vários ambientes e em diversas áreas de intervenção técnica. Concomitantemente, organizaram-se grupos de trabalho para que, ao compreenderem o sentido desse estudo, pudessem utilizar o documento da forma mais conveniente. O documento inicial foi revisado, passando a denominar-se “A Framework for Development of Competency — based Curricula for Entry Level Health Educators”<sup>7</sup>.

Foi esta última versão que fundamentou o estudo realizado em São Paulo. Este apresentava uma diferença essencial em sua intenção — não se dirigia apenas ao corpo docente na área da Educação em Saúde, como ocorreu nos Estados Unidos, mas, mais do que isso, visava a atingir também profissionais das redes de atendimento das Secretarias de Saúde, no caso, do Estado e do Município de São Paulo.

\* O curso de Educação em Saúde teve início em 1925, no Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nas Secretarias de Saúde do Estado e do Município de São Paulo existem cargos específicos para educadores de saúde, tendo estes persistido através dos tempos, apesar das mudanças que ocorreram gradativamente no sistema de saúde.

O estudo realizado nos Estados Unidos e que mobilizou grande parte da força de trabalho, acadêmica entre outras, levou à identificação de sete responsabilidades inerentes à prática educativa, tornando possível definir competências, subcompetências e objetivos a elas inerentes. Do ponto de vista técnico, o que se procurou com o projeto de São Paulo foi verificar a pertinência daquelas responsabilidades, competências e subcompetências, nas redes de atendimento do Estado e da Prefeitura de São Paulo.

A pergunta fundamental que norteou este trabalho foi pois a seguinte: existe convergência ou divergência, e em que grau, na atuação técnica dos especialistas em educação em saúde nos Estados Unidos e no Brasil? O estudo mostrou que, de fato, a estrutura descrita no Documento acima referido ajustava-se perfeitamente à realidade técnica da prática educativa nos programas de saúde pública no país.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não se propõe aqui discutir os resultados finais do estudo realizado na FSP/USP, que será oportunamente publicado, porém expor brevemente alguns dos benefícios alcançados nos últimos dois anos.

Foi possível fazer um diagnóstico do papel

do especialista em educação em saúde em São Paulo, durante e apesar das profundas mudanças que têm acompanhado o processo de descentralização e de unificação dos serviços de saúde implícito na Reforma Sanitária e em termos da 8ª Conferência Nacional da Saúde no Brasil.

O corpo docente na área da Educação em Saúde reconheceu o valor de incluir as responsabilidades, competências e subcompetências do especialista nas discussões que fundamentam o Curso de Especialização em Saúde Pública da FSP/USP, opção educação em saúde.

Finalmente, a divulgação das responsabilidades, competências e subcompetências incluídas no Documento referido<sup>6</sup> e posteriormente discutidas no estudo realizado nas Secretarias de Saúde do Estado e da Prefeitura de São Paulo aumentaram a visibilidade do especialista e fizeram com que os profissionais da saúde, em nível local, pudessem compreender melhor a prática educativa.

Evidentemente não se esgota aqui a discussão sobre as peculiaridades operacionais dos educadores de saúde em São Paulo. Não obstante, é justo reconhecer que representa, do ponto de vista histórico, importante passo em direção ao futuro desta complexa prática da saúde pública.

---

RICE, M. & CANDEIAS, N.M.F. [Minimum standards for the practice of health education. A pioneer project]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 23:347-53, 1989.

**ABSTRACT:** PAHO/WHO sought an institution which could be asked to prepare a definition — in concrete, operational terms — of the basic responsibilities and areas of activity of the health professionals in charge of the educational actions appropriate to the health system. The School of Public Health (Health Education area) of the University of S. Paulo accepted this responsibility for the study of the definition of the health educator's role. This article sets out some of the positive results which have arisen, as a result of that study, over the two last years.

**KEYWORDS:** Health education, standards.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CANDEIAS, N.M.F. Memória histórica da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1918-1945. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 18 (nº esp.):2-60, 1984.
2. CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da Educação em Saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo — 1925 a 1967. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:347-65, 1988.
3. CANDEIAS, N.M.F. [Carta ao Editor]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:345, 1988.
4. EDUCACIÓN comunitaria en salud: evaluación de los programas actuales, nuevas orientaciones y estrategias. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 90:283-303, 1981.
5. FURST, B.G. *Tecnologies for primary health care; Workshop on Social Marketing Oral Rehydration Therapy/Solution*, Arlington, Va., 1984. [Arlington, Va., Management Sciences for Health, 1984.
6. NATIONAL TASK FORCE ON THE PREPARATION AND PRACTICE OF HEALTH EDUCATORS, INC. *A guide for the development of competency-based curricula for entry level health educators*. New York, 1983.
7. NATIONAL TASK FORCE ON THE PREPARATION AND PRACTICE OF HEALTH EDUCATORS, INC. *A framework for the development of competency-based curricula for entry level health educators*. New York, 1985.
8. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington, D.C., 1977: informe final y documento de referencia*. Washington, D.C., 1978. (Documento oficial, 155).

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNICEF. *Primary health cares: joint report*. Geneva, 1978.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on New Approaches to Health Education in Primary Health Care, Geneva, 1982. *Report*. Geneva, 1983. (Technical Report, Series, 690).
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *New policies for health education in primary health care*. Geneva, 1986. (WHO/HEP/86.1).
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION/HEALTH AND WELFARE CANADA/CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. *Ottawa charter for health promotion*. Ottawa, 1986.

*Recebido para publicação em 10/2/1988*  
*Reapresentado em 19/6/1989*  
*Aprovado para publicação em 23/6/1989*