

Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis*

Educational games: training of community healthcare agents on children's respiratory diseases

Juego educativo: capacitación de agentes comunitarios de salud sobre enfermedades respiratorias infantiles

Raquel Dully Andrade¹, Débora Falleiros de Mello², Carmen Gracinda Silvan Scochi³, Luciana Mara Monti Fonseca⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a utilização de um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis por agentes comunitários de saúde (ACS) de Programa de Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo e de intervenção, com a aplicação do jogo em 101 ACS de Passos-MG. O jogo foi estruturado em forma de casos de crianças e famílias e suas respectivas cartelas de respostas. Para avaliação, foi aplicado um teste sobre o tema, antes e após a intervenção. **Resultados:** As respostas corretas no teste passaram de 59,5% para 79,3%, após terem participado do jogo, perfazendo um aumento de cerca de 20%. **Conclusão:** A elevação no conhecimento dos ACS, revelada após a intervenção, aponta o jogo educativo como instrumento satisfatório na educação em saúde.

Descritores: Doenças respiratórias; Educação em saúde; Auxiliares de saúde comunitária/educação; Criança

ABSTRACT

Objective: Evaluating the use of an educational game about children's respiratory diseases by community healthcare agents (CHAs) in the Family Health Program. **Methods:** This is a descriptive, intervention study, with the application of the game to 101 CHAs in Passos-MG. The game was structured with cases of children and families and their respective answer sheets. For evaluation, a test about the topic was applied before and after the intervention. **Results:** Correct answers in the test increased from 59.5% to 79.3% after participating in the game, which corresponds to a 20% increase. **Conclusion:** The increase in the CHA's knowledge, revealed after the intervention, indicates that the educational game is a satisfactory instrument for healthcare education.

Keywords: Respiratory tract diseases; Health education; Community health aides/education; Child

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la utilización de un juego educativo, sobre enfermedades respiratorias infantiles, por agentes comunitarios de salud (ACS) del Programa de Salud de la Familia. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y de una intervención, con la aplicación del juego en 101 ACS de Passos-MG. El juego fue estructurado en forma de casos de niños y familias y sus respectivas tarjetas de respuestas. Para la evaluación, fue aplicado un test sobre el tema, antes y después de la intervención. **Resultados:** Las respuestas correctas en el test pasaron de 59,5% a 79,3%, después de haber participado en el juego, logrando un aumento de aproximadamente el 20%. **Conclusión:** La elevación en conocimiento de los ACS, revelada después de la intervención, señala al juego educativo como un instrumento satisfactorio en la educación en salud.

Descritores: Enfermedades respiratorias; Educación en salud; Auxiliares de salud comunitaria/educación; Niño

* Trabalho realizado no município de Passos-MG, como parte da Dissertação de Mestrado de Raquel Dully Andrade, junto ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP e recebem o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

¹ Mestre, Professora da Faculdade de Enfermagem da Fundação de Ensino Superior de Passos – FESP - Passos (MG), Brasil.

² Professora Associada do Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Professora Titular do Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil vem ocorrendo queda da mortalidade infantil, sendo que no período de 1994 a 2004 houve queda de 32,6%, chegando em 2004, ano de estimativa mais recente, a 26,6 óbitos por mil nascidos vivos⁽¹⁾. As doenças respiratórias ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte de crianças de 1 a 4 anos, sendo responsáveis por cerca de 50% das causas de internação hospitalar nesta faixa etária e por 30% a 50% das crianças atendidas nos pronto-socorros e centros de saúde⁽²⁾.

Entre os fatores de risco de grande importância, associados a maior frequência e gravidade dos episódios de infecções respiratórias agudas (IRA) em menores de 5 anos, estão o baixo peso ao nascer, a desnutrição, a falta ou curta duração do aleitamento materno e a deficiência na imunização⁽³⁾.

Aliadas aos aspectos epidemiológicos, as diretrizes políticas são elaboradas com a finalidade de criar modelos de atenção à saúde. Assim, buscando também atender a meta de saúde para todos, proposta pela Organização Mundial da Saúde, no início da década de 90 foi criado, no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), cujo objetivo central foi o de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil, e oferecendo ações de saúde voltadas, principalmente, para as práticas preventivas⁽⁴⁾. Nessa proposta, o agente comunitário de saúde surgiu como um novo trabalhador na área da saúde, representando um importante ator social nas práticas de atenção primária. Esse trabalhador tem uma atuação complexa e possui um papel de sujeito mediador⁽⁵⁾.

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema Família, culminando, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), com a proposta de reacender a atenção primária à saúde, centrada nas dimensões família e comunidade⁽⁶⁾. O PSF é uma estratégia importante na promoção da saúde infantil, sendo relevante uma otimização dos respectivos recursos humanos, com destaque para o espaço ocupado pelos agentes comunitários de saúde, os quais vêm mantendo um estreito contato com as mães e as famílias das crianças. Na educação permanente desses trabalhadores de saúde, o jogo educativo pode tornar-se uma inovação satisfatória sob vários aspectos.

Na área de educação em saúde, jogos são considerados como um recurso interativo e motivante, capaz de gerar aprendizagem, promover diálogo, facilitar a abordagem de temas e o debate de situações cotidianas⁽⁷⁻⁸⁾. Quando visto pela opinião dos participantes, o jogo educativo é considerado divertido, estimulante, esclarecedor de dúvidas, facilitador da aprendizagem, interativo, inovador e ilustrativo⁽⁹⁾. Destaca-se o uso de jogos educativos a partir

desses aspectos, podendo contribuir para a construção do conhecimento em saúde, em acordo com as características, objetivos e metas do PSF.

OBJETIVO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a utilização de um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis por agentes comunitários de saúde que trabalham no PSF, no município de Passos-MG, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e de intervenção sobre a avaliação da aplicação de um jogo na educação em saúde de agentes comunitários de saúde (ACS) de equipes de saúde da família, desenvolvido no município de Passos, localizado na região Sudoeste de Minas Gerais. É parte da dissertação de mestrado intitulada "Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação de agentes comunitários de saúde"⁽¹⁰⁾.

A intervenção foi a aplicação do jogo, considerada como um fator introduzido, cujos efeitos foram avaliados por meio de pré-teste (antes da intervenção) e pós-teste (após a intervenção). O teste, aplicado aos ACS antes e depois da realização do jogo educativo, contém 22 questões⁽¹⁰⁾ sobre doenças respiratórias infantis.

No tocante ao universo de estudo, o jogo e o instrumento pré e pós-teste foram aplicados pela pesquisadora em uma população de ACS das 17 equipes de PSF existentes no município de Passos-MG, sendo seis em cada uma dessas, totalizando 102 agentes. Houve uma recusa à participação, sendo a população estudada composta por 101 participantes.

As 17 equipes foram identificadas pelas primeiras letras do alfabeto (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q). Tendo em vista que cada equipe de PSF possui seis ACS, e considerando satisfatório um número de doze jogadores na dinâmica do jogo, esse foi realizado em grupos de duas equipes alcançando-se, assim, doze jogadores por vez. Para aplicar a dinâmica educativa às 17 equipes do município, foram realizados oito encontros com grupos de duas equipes cada, restando uma das equipes, na qual o jogo foi aplicado, no nono encontro, tendo em vista o número ímpar de equipes,

Segue-se a distribuição dos grupos nos quais o processo do jogo educativo foi desenvolvido, com suas respectivas equipes de PSF participantes, conforme classificação por letras alfabéticas descrita acima: grupo 1: equipes A e B, grupo 2: equipes C e D, grupo 3: equipes E e F, grupo 4: equipes G e H, grupo 5: equipes I e J, grupo 6: equipes K e L, grupo 7: equipes M e N, grupo 8: equipes O e P e

grupo 9: equipe Q.

Assim, o número de participantes em cada grupo de jogadores variou de seis a doze.

A elaboração desse jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, para ser aplicado na capacitação de ACS, foi fundamentada em recomendações do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾, da OMS⁽¹²⁾, de alguns autores^(3,13-14), orientações dirigidas aos líderes da Pastoral da Criança⁽¹⁵⁾ e, ainda, nas experiências das pesquisadoras. Após a elaboração, o jogo foi avaliado por dois especialistas na temática e com vivência no PSF (um médico e uma enfermeira).

Este jogo foi estruturado em forma de 18 casos e suas respectivas respostas⁽¹⁰⁾, para serem discutidos em três rodadas do jogo. Conceitos e definições sobre doenças respiratórias infantis, assim como cuidados básicos para a sua prevenção, tratamento e recuperação foram apresentados nos casos, buscando uma aproximação da realidade encontrada pelos agentes comunitários na atenção à saúde de crianças e famílias. Nas três rodadas, foram utilizadas três cores para as cartas, uma para cada rodada, sendo vermelho, azul e verde, respectivamente.

O tabuleiro do jogo foi construído com percurso dividido em 36 caselas, com ponto de partida e de chegada para os jogadores. Para representar, no tabuleiro, cada um dos seis jogadores (para grupo de seis participantes - uma equipe) ou cada uma das seis duplas de jogadores (para grupo de doze participantes - duas equipes), foram utilizadas seis torrinhinhas. O número de caselas a avançar no tabuleiro correspondia ao número alcançado ao se jogar um dado. Já as 18 cartas do jogo, correspondentes ao número de casos, foram elaboradas através de envelopes coloridos. Na parte exterior do envelope foi apresentada uma pergunta e, dentro do envelope, foi colocado um cartão contendo a resposta sobre a conduta correta diante do caso, a qual só seria exposta após os jogadores discutirem e responderem à questão a partir de seu próprio conhecimento.

A dinâmica educativa foi planejada para ser realizada em três rodadas de seis cartas seqüenciais cada (18 cartas e seus respectivos casos no total), de forma que cada participante ou dupla retira uma carta que contém um caso, lê para o grupo e a responde, primeiramente com base em seus conhecimentos e vivências. Se a resposta fornecida pelo participante estiver correta, o mediador orienta-o a ler a resposta existente na carta para o grupo, possibilitando a discussão e trocas de experiências nesse momento. Uma vez confirmada a resposta, o jogador que acertou a questão joga o dado, e o número que vier corresponde ao número de caselas que pode, então, movimentar para frente no tabuleiro, através da torrinhinha que o representa. Caso a resposta esteja certa, mas incompleta, estimula-se a participação de todos os jogadores para completarem ou esclarecerem, mas, neste

caso, joga o dado e avança no tabuleiro aquele que iniciou a resposta. Caso a resposta esteja errada, o mediador pergunta ao grupo se alguém sabe a resposta certa e quem acertar joga o dado e caminha no tabuleiro com a sua torrinhinha. Se ninguém acertar, o mediador vai construindo a resposta com a participação dos jogadores, utilizando uma dinâmica participativa. Nesse caso, ninguém avança no tabuleiro. Se, ao final do jogo, nenhuma torrinhinha alcançar o ponto de chegada, ganha o participante ou a dupla que chegar mais próximo do final.

Optou-se por agrupar, em cada momento educativo, duas equipes localizadas a uma distância menor possível uma da outra, buscando facilitar o deslocamento dos agentes comunitários de saúde de uma das equipes até a unidade de PSF da outra, na qual seria realizada a aplicação do jogo. Ao todo, foram realizados nove encontros educativos.

Antes e logo após o desenvolvimento da dinâmica do jogo, em cada um desses encontros aplicou-se aos ACS participantes da atividade educativa, um teste contendo 22 questões⁽¹⁰⁾ sobre doenças respiratórias infantis. Posteriormente, esses testes foram corrigidos, identificando-se e comparando-se o número de questões com resposta correta, antes e depois da intervenção educativa realizada, visando avaliar a aplicação descrita do jogo.

No pré e pós-teste foram definidos, como critérios para classificação do conhecimento, os seguintes conceitos: insuficiente (até 24% de acertos), regular (25% a 49% de acertos), bom (50% a 74% de acertos) e ótimo (75% a 100% de acertos). Essa classificação foi baseada nos conceitos e respectivos números de acertos, aqui convertidos em percentuais, utilizados em outro estudo sobre a utilização de jogo educativo em aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Os ACS foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo. Aqueles que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Avaliação da utilização do jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância por agentes comunitários de saúde

O estudo descreve os acertos no teste, antes e depois do jogo, nos grupos de equipes de agentes comunitários de saúde, como aponta a Tabela 1.

Os grupos de ACS, de cada um dos nove encontros educativos realizados, apresentaram desempenho bom (50% a 74% de acertos) no pré-jogo e oito deles foram classificados como ótimo (75% a 100% de acertos) no pós-jogo.

Tabela 1 - Média de acertos, antes e depois do jogo, no teste sobre doenças respiratórias infantis, em cada grupo de equipes de agentes comunitários de saúde

| Grupo de ACS | Equipes de PSF | Média de Acertos (%) | |
|--------------|----------------|----------------------|-------------|
| | | Pré-jogo | Pós-jogo |
| 1 | A e B | 56,1 | 81,1 |
| 2 | C e D | 59,5 | 73,5 |
| 3 | E e F | 56,8 | 79,5 |
| 4 | G e H | 54,9 | 79,9 |
| 5 | I e J | 58,3 | 78,0 |
| 6 | K e L | 58,7 | 76,9 |
| 7 | M e N | 60,6 | 77,3 |
| 8 | O e P | 59,9 | 77,3 |
| 9 | Q | 70,5 | 90,2 |
| Total | 17 | 59,5 | 79,3 |

A Tabela 2 traz a classificação do conhecimento sobre doenças respiratórias infantis dos 101 agentes comunitários de saúde, antes e depois da participação no jogo.

Tabela 2 - Classificação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde antes e depois do jogo

| Conhecimento | Pré-jogo | | Pós-jogo | |
|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Insuficiente | - | - | - | - |
| Regular | 17 | 16,8 | - | - |
| Bom | 78 | 77,2 | 33 | 32,7 |
| Ótimo | 6 | 6,0 | 68 | 67,3 |
| Total | 101 | 100,0 | 101 | 100,0 |

Constata-se que, no teste realizado antes da aplicação do jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, 17 (16,8%) agentes comunitários da saúde apresentaram conceito classificado como regular (25% a 49% de acertos), 78 deles (77,2%) conhecimento bom (50% a 74% de acertos) e apenas 6 (6,0%) desses trabalhadores de saúde tiveram conhecimento conceituado como ótimo (75% a 100% de acertos).

No pós-jogo, 68 (67,3%) agentes comunitários de saúde demonstraram conhecimento ótimo, 33 deles (32,7%) obtiveram conceito bom e nenhum participante do estudo recebeu o conceito regular.

Houve um deslocamento da classificação do conhecimento demonstrado pelos agentes comunitários de saúde, a qual se concentrou no conceito bom (77,2%) antes da dinâmica educativa e no conceito ótimo (67,3%) depois de sua realização.

Além disso, a incidência do conhecimento conceituado como regular foi considerável no momento anterior ao jogo (16,8%) e tornou-se nula após a participação dos agentes comunitários de saúde na atividade educativa.

O uso do jogo educativo foi eficaz no processo ensino-aprendizagem, repercutindo em uma elevação de 61,4% na porcentagem de agentes comunitários de saúde com

conhecimento classificado como ótimo.

DISCUSSÃO

A elevação do nível de conhecimento por meio de jogo educativo também foi um resultado alcançado por um estudo que aplicou pré-teste e pós-teste, mediado por um jogo sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, obtendo um aumento de 61,1% na incidência de puérperas com conhecimento considerado ótimo⁽¹⁶⁾.

A elaboração do conteúdo, da dinâmica e do material do jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, assim como a sua aplicação aos ACS das 17 equipes de saúde da família, favoreceu o entrelaçamento de saberes técnicos, fornecidos pelo material educativo elaborado, e saberes empíricos revelados pelos jogadores.

As características envolvidas no processo educativo em grupo, através da aplicação do jogo, permitem a expressão de palavras e gestos, estabelecendo interações entre os participantes, desencadeando mecanismos de cooperação entre os companheiros no jogo⁽⁹⁾, possibilitando, assim, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de trabalho em equipe, tão importantes no contexto dos serviços de saúde, particularmente no trabalho de agentes comunitários de saúde com famílias⁽⁵⁾.

As discussões de situações cotidianas da área da saúde podem ser mais enriquecidas com a utilização de jogos educativos, facilitando o entendimento de temáticas específicas, despertando curiosidades, promovendo o diálogo, a interação e a motivação para a aprendizagem⁽⁷⁻⁸⁾.

O processo de avaliação é considerado uma etapa fundamental dentro das propostas pedagógicas, utilizando várias ferramentas. A avaliação se volta para completar e apoiar a construção do conhecimento, para acompanhar e corrigir o trabalho pedagógico, para reorientar o planejamento e para estimular a aprendizagem⁽¹⁷⁾. O uso de pré e pós-teste retrata um recorte sobre a avaliação no âmbito da apropriação de conteúdos, e tem uma função diagnóstica, que pode ser feita antes e após a ação pedagógica.

O fato da dinâmica da aplicação do jogo ter acontecido a partir das opiniões e dos conhecimentos dos agentes comunitários de saúde, a respeito do tema abordado, pressupõe a valorização do saber prévio desses sujeitos por parte do educador, bem como ressalta questões sobre vínculo e acolhimento no trabalho junto às famílias⁽¹⁸⁾.

A elevação no conhecimento dos agentes comunitários de saúde, revelada nos testes pré e pós-intervenção educativa, aponta que o processo de construção do conhecimento através da aplicação do jogo educativo, junto a agentes comunitários de saúde, demonstrou ser eficaz e satisfatório, esse instrumento, atendendo às demandas de educação em saúde relacionada ao atual contexto dos serviços de saúde, especialmente da

Estratégia Saúde da Família, incluindo aqui a importante presença do agente comunitário de saúde.

CONCLUSÃO

Houve aumento no número de questões corretas, de forma que a maior parte dos agentes comunitários de saúde teve conhecimento classificado como bom no teste pré-jogo e ótimo no teste pós-jogo.

Destaca-se, também, que a incidência do conhecimento conceituado como regular foi presente no teste aplicado antes da intervenção educativa e tornou-se nula após o desenvolvimento da mesma.

O enfermeiro tem um importante papel, enquanto supervisor da equipe de saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento de atividades de educação permanente entre os trabalhadores de saúde. Ao ampliar os

instrumentos de trabalho, esse profissional deve ter em vista a criatividade e humanização nas relações de trabalho, buscando amenizar as pressões comuns no cenário da assistência à saúde, contribuindo, assim, para a extensão desses aspectos à assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, afastando-se das tradicionais práticas cristalizadas entre os membros da equipe, favorecendo que o mesmo ocorra nas relações entre a equipe e a clientela.

Considera-se importante o aprofundamento dos questionamentos e do debate sobre a inserção de processos metodológicos lúdicos na educação em saúde, visando à ampliação de sua utilização, ao aprimoramento das características de suas dinâmicas e à exploração do conhecimento sobre a possibilidade de impacto de seus resultados na extensão e na melhoria da qualidade das práticas de saúde em vigor.

REFERÊNCIAS

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação da infância brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. [Internet] Brasília (DF): UNICEF; c2006. [citado 2006 Jul 9]. Disponível em: www.unicef.org/brazil/pt/Pags_001_007_Abre.pdf
2. Veríssimo MDLOR, Sigaud CHS. Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001. p. 95-8.
3. Benguigui Y. Investigações operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas (IRA). Washington: OPAS/OMS; 1997. 227 p.
4. Rodrigues CRF. Participação e atenção primária em saúde: o Programa de Saúde da Família em Camaragibe-PE (1994-1997) [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
5. Lunardelo SR, Mello DF, Palha PF, Pinto IC, Zilbermann CR. Comunicación en el equipo de salud de la familia y el trabajo del agente comunitario de salud. *Enferm Comun* [Internet]. 2007 [cited 2007 Nov 19]; 3(1). Available from: <http://www.index-f.com/comunitaria/v3n1/ec3457r.php>
6. Vasconcelos EM. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde Debate*. 1999; 23(53): 6-19.
7. Rebello S, Monteiro S, Vargas EP. A visão de escolares sobre drogas no uso de um jogo educativo. *Interface Comun Saude Educ*. 2001; 5(8):75-88.
8. Schall VT, Monteiro S, Rebello SM, Torres M. Evaluation of the ZIG-ZAIDS - game: an entertaining educational tool for HIV/Aids prevention. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 1999; 15(Supl 2): 107-19.
9. Santos MG, Magalhães TS, Bittencourt P. Playing and learning – Bate-boca, an educational game concerning schistosomiasis, AIDS, dengue and leishmaniasis. *Cienc Cult (Sao Paulo)*. 1993; 45(6): 381-5.
10. Andrade RD. Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação de agentes comunitários de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série: Cadernos de Atenção Básica n.11, Série: A. Normas e manuais técnicos n.173).
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Conversando com as mães sobre AIDPI. Traduzido por: Maria Helena Valente e Maria de La Ó Ramallo Verissimo. São Paulo: Ministério da Saúde/Brasil; 1999.
13. Benguigui Y. Acute respiratory infections control in the context of the IMCI strategy in the Americas. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2003; 3(1): 25-36.
14. Benício MHD'A, Cardoso MRA, Gouveia NC, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saude Publica = J Public Health*. 2000; 34(6 Supl): 91-101.
15. Guia do líder da Pastoral da Criança. Curitiba: MS; 2000. 255 p.
16. Fonseca LMM, Scochi CGS, Mello DF. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10(2): 166-71.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Proposta pedagógica: avaliando a ação. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. (Série: Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem; módulo 8).
18. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica = Rep Public Health*. 2004; 20(6): 1487-94.