

## Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença

Health education: knowledge, social representation, and illness

Maria Flávia Gazzinelli <sup>1</sup>  
Andréa Gazzinelli <sup>1</sup>  
Dener Carlos dos Reis <sup>1</sup>  
Cláudia Maria de Mattos Penna <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal  
de Minas Gerais,  
Belo Horizonte, Brasil.

**Correspondência**  
M. F. Gazzinelli  
Escola de Enfermagem,  
Universidade Federal  
de Minas Gerais.  
Av. Alfredo Balena 190,  
Belo Horizonte, MG  
30130-100, Brasil.  
flavia@enf.ufmg.br

### Abstract

*This article discusses the theory and practice of health and education, beginning with the notion of the hegemony (in health education practice) of strategies linked to the notion that to grasp established knowledge always leads to the acquisition of new behaviors and practices. Five different axioms have oriented education and health practices, either juxtaposed or at different moments: (1) the notion of overcoming the determination of knowledge over practices; (2) the determination of representations over practices; (3) the analysis of representations within the traditional framework of right and wrong; (4) reciprocity between representations and practices; and (5) the importance of considering practices amenable to re-elaboration through representations, thus situating experience in understanding subjects' illness processes, as well as the way subjects culturally construct illness. The article highlights the need for a link between social representations and illness-as-experience in health education practices.*

*Health Education; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Behavior*

Ao se fazer um exame crítico abrangente da Educação em Saúde, durante as últimas décadas, detecta-se um desenvolvimento surpreendente e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas neste campo de estudo. Ressalta-se aí a contribuição dos estudos de Antropologia da Saúde e das Ciências Sociais contemporâneos <sup>1</sup>.

Observa-se, entretanto, que essas reflexões não vêm sendo traduzidas em intervenções educativas concretas, uma vez que as últimas não se desenvolvem no mesmo ritmo e continuam utilizando métodos e estratégias dos modelos teóricos da psicologia comportamental, acarretando, em decorrência, um profundo hiato entre a teoria e a prática. Enquanto esta permanece pautada em concepções behavioristas e deterministas, a teoria demonstra superação dessas concepções em detrimento de uma abordagem da doença mais compreensiva e interpretativa <sup>2</sup>. Neste sentido, cabe notar a evolução dos referenciais teóricos postos à disposição de educadores e outros pesquisadores, embora o mesmo não possa ser dito da transposição destes elementos para a prática e o fazer pedagógico concretos.

A dificuldade desta transposição se pauta na permanência, ainda, do modelo hegemônico na prática profissional que, verticalmente, preconiza a adoção de novos comportamentos, como o parar de fumar, vacinar-se, ter melhor higiene, entre outros, e de estratégias geralmen-

te ditas coletivas, como a comunicação de massa. Cabe às pessoas, informadas sobre os riscos de adoecimento, a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente. As soluções provenientes do exterior muitas vezes são incorporadas pelos “sujeitos” que passam a defender os interesses dominantes, como mais medicalização, convênios de saúde, construindo uma nova subordinação <sup>3</sup>.

Reforça-se aqui o “modelo exógeno” do adoecimento, segundo Laplantine <sup>4</sup>. Há sempre um agente externo causador da doença que deve ser combatido como um “inimigo”. É o cigarro que causa o câncer, as doenças coronarianas, o açúcar, a diabetes, o sal, a hipertensão arterial, as gorduras, o colesterol e o infarto, o sedentarismo, a obesidade. Para o autor, esses fatores não são colocados em relação a outros causadores da doença, mas como “agentes diretamente responsáveis”, e que encontram nos médicos e nos outros profissionais de saúde aliados preciosos que lhes fornecem argumentos e legitimam tal postura. Combatendo o “inimigo”, cura-se. Acrescenta-se que a prática educativa, muitas vezes, se fundamenta nessa perspectiva: é necessário adotar um modo de vida adequado, natural e isolar a doença.

A intervenção educacional, na maioria das vezes, apóia-se na idéia de que se pode educar para saúde, a julgar pela forma como os projetos na área são concebidos. Grosso modo, esses projetos são voltados para populações pobres e desfavorecidas sócio-econômico-culturalmente. O princípio de se educar para saúde e para o ambiente parte da hipótese de que vários problemas de saúde são resultantes da precária situação educacional da população, carecendo, portanto, de medidas “corretivas” e/ou educativas.

Tal hipótese levou à utilização, na prática pedagógica em saúde, de estratégias ligadas à idéia de que a apreensão de saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Assim, comportamentos inadequados do ponto de vista da promoção da saúde são, então, explicados como decorrentes de um déficit cognitivo e cultural, cuja superação pode se dar por meio de informações científicas e saberes provenientes do exterior.

Quando a relação linear entre saber instituído e comportamento acontece, via de regra,

a educação se torna normativa. E o princípio que está por trás da norma de comportamento é que alguém, além do sujeito, conhece melhor o que é apropriado para ele e para todos indistintamente <sup>5</sup>.

Uma revisão dos documentos do Ministério da Saúde de 1980 até 1992 mostra de forma clara, uma mudança no discurso oficial da Educação em Saúde, de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária. Essa idéia é central em Freire desde a década de 70, tanto que no documento *Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde* (Ministério da Saúde; 1981) é notória a forte influência do seu pensamento e de sua teoria de educação libertadora.

No entanto, as *Diretrizes da Educação para a Saúde* (Ministério da Saúde; 1980. p. 370) ainda definem Educação em saúde como “*uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde*”. Subtende-se aqui que a Educação em Saúde, tal como definida pelas Diretrizes, tem como intenção nítida reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população.

Trata-se de uma herança do método cartesiano que domina as práticas de saúde e educativas desde o advento da modernidade. Paradoxalmente, o campo da saúde reafirma a história sócio-cultural desta época; se por um lado apresenta melhorias das condições de saúde da população, aumento da perspectiva de vida, por outro se desenvolve uma sociedade medicalizada, uma alta tecnologia médica, reducionista, que sempre parece correr atrás de respostas para doenças produzidas pelo modo de organização da vida social <sup>6</sup>.

Isto significa dizer que dentre os projetos concretos de educação para a saúde que emanam dessas circunstâncias prevalecem aqueles que tratam o público alvo como o objeto de transformação. Não são as situações de desigualdade que têm de mudar, mas, os sujeitos. É neste contexto que se concebe “uma ação específica para”, ou seja, uma “educação para a saúde” Imagina-se sempre que na ponta (no para) está alguém que não consegue agir como sujeito de sua ação. É fato que historicamente a Educação em Saúde teve sua origem marcada por uma prática e um discurso coercitivos e normativos <sup>3,7,8,9</sup>.

As práticas educativas pautadas nesta perspectiva conteudista, normativa e cientificista

demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento. Estudos de Uchoa et al.<sup>10</sup>, desenvolvidos em zona rural, em Minas Gerais, mostram que, com base em um programa de Educação em Saúde, a informação sobre esquistossomose recebida não foi efetiva para a transformação de saber instituído em comportamento preventivo. Tal tendência parece resultar, em parte, da forte influência das *Diretrizes da Educação para a Saúde* (Ministério da Saúde; 1980), segundo as quais a Educação em Saúde deve se processar por meio da transferência de saber instituído e redefinição de valores numa direção pré-definida.

É exatamente daí – da constatação da ineficácia da Educação em provocar mudança de comportamentos e práticas, na Educação em Saúde, que se estabelece o distanciamento entre o discurso e a prática pedagógica em saúde. A prática pedagógica permanece presa aos mesmos princípios, enquanto o discurso da Educação em Saúde passa a se apropriar de novos referenciais teóricos que ultrapassam a noção determinística entre saber instituído e prática em saúde. Com isso, a discussão teórica relativa à Educação e Saúde ganha novos contornos. Para acompanhá-la, necessário se faz compreender os diferentes axiomas que nortearam o seu desenvolvimento.

De acordo com o primeiro axioma, há uma não-correspondência, freqüente, entre saber instituído e mudança de comportamento e de práticas, que estaria ligada ao fato de que comportamentos traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos<sup>11</sup>, não podendo, na maioria das vezes, ser modificados valendo-se, unicamente, de novos conhecimentos. Assim, tem início o desenvolvimento da percepção do quanto de subjetividade existe no modo dos sujeitos verem e representarem o processo saúde-doença.

Decorre daí que, no horizonte de pensar uma intervenção em Educação e Saúde, deve-se levar em conta as representações dos sujeitos, entendidas como noções e modos de pensamento construídos ao lado das trajetórias de vida dos sujeitos, influenciados, por conseguinte, pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, expressos, em parte, nas práticas sociais e modificados para servir à vida cotidiana<sup>12</sup>. Muitos estudos baseiam-se na teoria das representações sociais, a exemplo de Minayo<sup>13</sup> e Cardoso & Gomes<sup>14</sup>.

Reafirma-se que qualquer pessoa, incluindo os profissionais de saúde, está sempre rea-

tualizando hábitos, modos de vida e sensibilidades herdadas de um passado sempre presente, de acordo com os significados histórica e culturalmente construídos e assim elaborando suas representações da saúde e doença<sup>4</sup>.

Como mostram Adam & Herzlich<sup>15</sup>, são várias as representações que as pessoas fazem do seu adoecer que são independentes do saber médico. Vivenciar uma doença é relacionar-se de forma conflituosa com o social, pois o doente irá se sentir doente, quando deixar de realizar suas atividades que lhe permitem pertencer ao contexto em que vive. Por outro lado, é uma forma de conhecer-se, visto que aprende a se superar para enfrentá-la. Fundamenta-se aí a necessidade de as representações serem consideradas, na Educação em Saúde, em um compartilhamento de saberes.

Desse modo, estabelecem-se algumas das condições favoráveis à superação do caráter meramente instrumental da Educação em Saúde, cujos princípios se apoiam exclusivamente no saber científico. À medida que se observa a progressiva importância conferida às representações e saberes do senso comum na relação dos sujeitos com a doença, mais apurada é a crítica ao absolutismo e autonomia do saber científico.

Vários autores têm enfatizado a importância de se observar o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais para tornar possível atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta<sup>16,17,18</sup>. Esses trabalhos deixam explícito o fato de que os programas de Educação e Saúde não podem se restringir a iniciativas que visem a informar a população sobre este ou aquele problema. Os fracassos da grande maioria dos programas de Educação em Saúde, desenvolvidos sob esta abordagem analisada por Molina<sup>19</sup>, corroboram tal argumentação, como, aliás, vem sendo também evidenciado por vários autores, como, por exemplo, Briceño-León<sup>20</sup> e Cáceres<sup>21</sup>. Hoje se sabe que há um trabalho educativo a ser feito, que extrapola o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a formas específicas de condutas e práticas.

Certamente, o campo teórico aberto pela possibilidade de se trabalhar com representações sociais na educação significa, ao mesmo tempo, a superação da visão positivista e um avanço significativo em termos da compreensão da complexidade de que se reveste a educação em saúde. Neste momento preciso, a aposta localiza-se, então, em torno das representações dos sujeitos e do seu papel na (re)criação de novas práticas.

É agregar “valor” na Educação em Saúde. Isto implica que o educador reconhece que o sujeito é detentor de um valor diferente do dele e que pode escolher outros meios para desenvolver suas práticas cotidianas. Há uma postura de aprendiz de ambos os lados e há na realidade possibilidades de trocas no processo educativo (A. L. Magela; 1997, comunicação pessoal).

Porém, importa assinalar que se corre o risco da ênfase nas representações ainda acontecer movida pela substituição das noções “equivocadas” acerca da doença, pelos conhecimentos elaborados. Melhor dizendo, dentro do tradicional quadro de “erros e acertos”. Neste contexto, seria atribuída às representações sociais uma função instrumental, e o ato educativo passaria a se identificar com um processo de “desconstrução” das representações vistas como incorretas.

Trata-se este do segundo axioma da Educação em Saúde, cuja tônica situa-se na identificação das representações dos sujeitos sobre a doença, de modo a propiciar espaço para a ascensão dessas representações ao saber instituído.

Neste exato ponto, vale dizer que, a despeito de alguns programas educativos se estruturarem sob a ótica da substituição de “falsas crenças” por saber instituído, não se podia negar que a ocasião se constituía em um importante marco teórico sobre o qual se começaria a pensar a educação em termos das representações dos sujeitos acerca de determinados objetos de estudo.

Os estudos que trabalham o conceito de representações sociais dos processos de saúde e doença no Brasil se intensificam nas duas últimas décadas, contribuindo, de forma expressiva, para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e doença e favorecendo a criação de “*um contraponto aos estudos epidemiológicos que tendem a tratar o tema doença e cultura em termos de uma relação externa, passível de formulação na linguagem de fatores condicionantes*”<sup>2</sup> (p. 107).

A abordagem utilizada nestes trabalhos é fortemente influenciada pela idéia de que as representações são concebidas como estruturantes das práticas, e essas, por sua vez, determinadas pelo sistema de representações. As representações sociais assumidas, portanto, como um guia para as práticas, definindo o que é lícito ou inaceitável em determinado contexto social<sup>22</sup>.

Decorre disso o terceiro axioma da Educação em Saúde, segundo o qual as práticas constituem a expressão de um sistema coerente de representações e, nestas condições, o resultado

de esquemas de pensamento passíveis de elaboração.

Buscando sintetizar este axioma que influenciou intensa e profundamente o pensamento da Educação em Saúde, é essencial remetê-lo à problemática maior do processo de conhecer. Com base nele, assume-se que as representações devem ser consideradas nos processos educativos e, quanto a isso, não existe qualquer questionamento. Trabalhos educativos que não se preocupam em levantar as noções que os sujeitos têm sobre determinado fenômeno são vistos como ultrapassados e equivocados com relação ao modo como efetivamente se dá o processo de conhecer; entretanto, não se sabe ainda o que fazer com esta representação, ou seja, como mobilizá-la a fim de se criar uma experiência educativa.

A esse respeito, fundamental notar que o que importa não é apenas identificar a representação, mas admitir que ela e outros tipos de saber devem estar presentes nos espaços de ensino, seja para serem removidos, deixando uma brecha para a inserção de um novo saber instituído<sup>23</sup>, seja para serem criticados e, em seguida, reconhecidos a partir dos núcleos de sensatez neles presentes<sup>24</sup>.

Ao lado de todo este debate, constrói-se o quarto axioma que aprofunda a problemática das representações e sua relação com a mudança de práticas. No pensamento anterior, as práticas são vistas como se originando das representações; constituindo-se, então, em expressão do modo como os sujeitos representam os fenômenos e eventos da sua vida. Logo, aquilo que se pensa tem papel preponderante sobre aquilo que se faz.

Já, baseado nesse novo axioma que ora se expõe, tem-se como consenso que tanto as representações definem as práticas como essas (re)constróem novas representações. Assim sendo, a idéia isolada de que as práticas advêm de um tecido coerente de representações passa a ser alvo preciso de críticos, como confirmam os trabalhos de Csordas (1990, *apud* Alves & Rabelo<sup>2</sup>) e Stoller (1989, *apud* Alves & Rabelo<sup>2</sup>), entre outros. Isso implica não se poder mais prever, explicar, inferir ou antecipar ações dos sujeitos a partir das suas representações, como anteriormente se fazia.

Leva-se em consideração aqui que a educação em saúde torna-se uma “*construção compartilhada de conhecimento*”<sup>25</sup> (p. 101). Ela parte da experiência e práticas dos sujeitos envolvidos buscando “*intervenção nas relações sociais que vão influenciar a qualidade de suas vidas*” e que conseqüentemente vão produzir outras representações.

Como conseqüência, os trabalhos educativos se complexam. Não é possível mais pensar numa relação determinística e linear entre representação e prática <sup>2</sup>. Em contraposição, desenvolve-se a noção de que não se trata de uma relação de dependência causal entre ambas, já que, segundo Rouquette <sup>26</sup>, a influência das representações sobre as práticas é uma condição de “coerção variável” e não de uma determinação propriamente dita.

Trata-se esse do quinto axioma da educação em saúde. Dele têm derivado pesquisas e discussões em torno da noção de que as representações são como uma condição das práticas, e essas um agente de transformação das representações <sup>27</sup>.

Ora, se as práticas dos sujeitos não constituem expressão final das suas representações, mas essas constituem uma condição das práticas, torna-se básico indagar acerca de quais elementos entrariam em jogo aqui, influenciando, determinando e/ou condicionando as suas ações e seus modelos de pensamento. É no âmbito da noção de experiência que se pode responder a esta indagação. Experiência entendida neste caso como campo em que se entrecruzam representações e práticas; subjetividade e objetividade; pensamento e ação; corpo e mente <sup>28</sup>.

Deve-se considerar o caráter multifacetado dos processos educativos na prática. Eles são muito mais dinâmicos e complexos do que se pode admitir qualquer recorte teórico. Ressalta-se a formação de uma rede de solidariedade entre educadores e educandos, na qual buscam-se o compartilhamento e o desenvolvimento de potencialidades na tentativa de ultrapassar limites e dificuldades, outorgando autonomia aos sujeitos envolvidos <sup>3</sup>.

Decorrentemente, o conceito de experiência como um campo em que se entrecruzam as representações e práticas fazem com que a doença possa ser vista como uma construção cultural. E as representações, embora, em alguns momentos, sejam contraditórias, imprecisas, ambíguas, podem se constituir em critérios de prevenção e controle de doenças gerados e reproduzidos entre a população.

Se de um lado a sociedade confere a alguns de seus membros um “poder terapêutico” <sup>4</sup>, que fundamentado nos modelos de saúde se estende além das doenças, porque toma sob sua guarda a alimentação, o sono, o trabalho, o lazer, a sexualidade, a educação, todas as situações de desvios sociais e a própria morte; de outro lado, o homem, independentemente de tais modelos, tendo como referência sua experiência, valendo-se de seu vivido, cria e recria

símbolos e significados tanto de sua doença e da maneira de evitá-la, como do próprio atendimento que recebe, incluindo assim aqui a educação em saúde da qual faz parte.

Expõem-se os limites de uma educação em saúde fundada em uma atenção puramente médica e técnica, uma vez que, quando a doença surge, há um envolvimento de todas as esferas sócio-culturais dos sujeitos, e as profissões de saúde são apenas uma delas; e já se constatou que, apesar de qualquer investimento que se faça, a “medicina nem sempre garante a saúde” <sup>15</sup>.

Um estudo de educação em saúde realizado por Gazzinelli <sup>29</sup> em uma área endêmica em esquistossomose mostrou que a modificação de postura dos sujeitos esteve ligada a um processo de (re)conhecimento da doença com base em suas representações e experiência com a enfermidade. Nesta investigação, utilizando-se de procedimentos educativos com ênfase no aprofundamento vertical do conhecimento, verifica-se que a esquistossomose perde, na ordem de prioridades dos sujeitos, para uma série de outras doenças tais como as cardiovasculares, doenças mentais e diabetes.

Todavia, observando-se as narrativas dos sujeitos sobre suas experiências com a esquistossomose, verifica-se que os seus sentimentos de aflição, medo e preocupação com a mesma emergem. A doença é manifestada cognitiva e afetivamente. Decorre daí a importância da educação em saúde buscar explorar a forma como a doença é elaborada culturalmente, tendo como horizonte levar os sujeitos ao reconhecimento desta como algo anômalo, vindo assim a favorecer comportamentos de recusa, negação e remoção da enfermidade – fenômeno que pode ser designado como de “*desnaturalização*” da doença, segundo o qual a doença é extraída de um contexto em que é vista como normal, natural.

Enquanto educador em saúde, esta é uma tentativa de abdicar de um poder fictício e permitir ser seduzido pelo outro para criar novas ou outras representações. Aprender a relativizar os conhecimentos e permitir trocas possíveis com os sujeitos com os quais se relaciona em seu processo saúde-doença <sup>30</sup>. Como bem afirma Canguilhem <sup>31</sup> (p. 160) “*a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameoba, não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas não por isso a anula*”.

Por isso mesmo que para o autor, adoecer e enfrentar a doença permite uma reordenação do viver, pois a “*saúde é uma maneira de abor-*

*dar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais*"<sup>31</sup> (p. 163).

Cumprir destacar ainda que este movimento de desnaturalização da doença não pode se dar num vácuo, mas sim em contextos com relação aos quais ela se encontra justificável e penetrável. Não se trata de extraí-la de todo um contexto físico, simbólico, representacional de valores e histórico; trata-se, isto sim, de delimitá-la neste cenário, afirmá-la com base em seus traços identificadores.

Percebe-se que a educação em saúde deve, portanto, partir de uma necessária articulação entre representações sociais e experiência da doença. A representação social apresenta um limite que se situa na generalidade do seu nível de análise – aspecto que pode ser superado incluindo a dimensão da experiência individual e coletiva dos sujeitos com a doença<sup>32</sup>.

Além disso, as representações sociais no seu conjunto não se reduzem a sistemas fechados definindo as práticas. Constituem, ao contrário, um conjunto aberto, heterogêneo, um campo de acordos e de conflitos – em relação a outros tipos de conhecimentos – que é continuamente refeito, ampliado, deslocado, transformado du-

rante as interações indivíduo-indivíduo e indivíduo-sociedade.

A educação em saúde, fundamentada neste argumento, aponta uma nova direção que contemple, simultaneamente, as interfaces entre as dimensões representacionais e vivenciais dos processos de adoecimento. Gomes et al.<sup>33</sup> (p. 1213), em busca de um percurso metodológico adequado para se trabalhar com os sujeitos os seus processos de adoecimento, sugerem que *“partindo das inferências se procure interpretar os sentidos subjacentes ao que os sujeitos representam e vivenciam, a fim de se chegar à compreensão das regras constitutivas das particularidades inerentes à doença, do ponto de vista das práticas sociais cotidianas”*.

Os sujeitos são capazes de expressar desejos, sentimentos, pois possuem uma aptidão infinita para inventar modos de vida e formas de organização social diversos<sup>4</sup>. Quando a “educação domesticadora recua seus tentáculos” é possível acontecer a prática da liberdade, na qual educador e educando tornam-se sujeitos assumindo seus papéis significativos, fazendo com que o processo educativo ocorra de forma expressiva, capaz de provocar mudanças, por mais que sutis<sup>34</sup>.

## Resumo

*Este artigo discute a teoria e prática da educação e saúde. Parte da idéia da hegemonia, na prática pedagógica em saúde, de estratégias ligadas à noção de que a apreensão de saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. Diferentes axiomas têm norteado as práticas de educação e saúde em momentos distintos e/ou justapostos. O primeiro axioma volta-se para a idéia da superação da relação de determinação dos conhecimentos sobre as práticas; o segundo refere-se à relação de determinação das representações sobre as práticas; o terceiro vincula-se à análise das representações dentro do tradicional quadro de erros e acertos; o quarto trata da relação de reciprocidade entre as representações e as práticas; e o quinto se traduz na importância de se considerarem as práticas como passíveis de reelaboração pelas representações, apontando assim o lugar da experiência no entendimento dos processos de adoecimento dos sujeitos, bem como a forma como culturalmente constroem a doença. O artigo destaca a necessidade de se buscar uma articulação entre as representações sociais e a experiência da doença nas práticas educativas em saúde.*

*Educação em Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Comportamento*

## Colaboradores

M. F. Gazzinelli e C. M. M. Penna ficaram responsáveis pela revisão de literatura – que é o objeto do artigo e elaboração do texto escrito. A. Gazzinelli e D. C. Reis foram responsáveis pela elaboração da parte do texto que se refere a Educação e Saúde (aspectos históricos e conceituais).

## Referências

1. Menendez EL. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? In: Alves P, Rabelo MC, organizadores. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1998. p. 71-93.
2. Alves PC, Rabelo MC. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores. Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1998. p. 107-21.
3. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
4. Laplantine F. Antropologia da saúde. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
5. Gastaldo D. É a educação em saúde saudável? Educação & Realidade 1997; 22:147-68.
6. Vaitsman G. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury S, organizador. Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
7. Giordan A. Health education, recent and future trends. Mem Inst Oswaldo Cruz 2000; 95 Suppl 1:53-8.
8. Freire P. Educação e mudança. São Paulo: Paz e Terra; 1979.
9. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
10. Uchoa E, Barreto SM, Firmo JO, Guerra HL, Pimenta Jr. FG, Lima e Costa MF. The control of schistosomiasis in Brazil: an ethno epidemiological study of the effectiveness of a community mobilization program for health education. Soc Sci Med 2000; 51:1529-41.
11. Ferrara LC. As cidades ilegíveis, percepção ambiental e cidadania. In: Del-Rio V, Oliveira L, organizadores. Percepção ambiental: a experiência brasileira. São Paulo: Studio Nobel; 1996. p. 61-80.
12. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
13. Minayo MCS. O conceito das representações sociais dentro da sociologia clássica. Textos em representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1994.
14. Cardoso MHCA, Gomes R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Cad Saúde Pública 2000; 16:499-506.
15. Adam P, Herzlich C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Edusc; 2001.
16. Arruda A. A representação social da saúde num bairro de baixa renda de Campina Grande, Paraíba. Revista de Psicologia 1985; 3:49-61.
17. Morin M. Entre représentations et pratiques: le sida, la prévention et les jeunes. In: Abric JC, editor. Pratiques sociales et representation. Paris: PUF; 1994. p. 109-44.
18. Tura LFR. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: Jodelet D, Madeira M, organizadores. Aids e representações sociais: a busca de sentidos. Natal: EDUFERN; 1998. p. 121-54.
19. Molina C. La participación comunitaria en el contexto del ajuste economico. In: Hernández AR, editor. Salud y sociedad. Caracas: Fondo Editorial Tropykos; 1994. p. 151-63.
20. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la población comunitaria. Cad Saúde Pública 1996; 12:7-30.
21. Cáceres CF. La construcción epidemiológica del SIDA. In: Hardy E, Osis MID, Crespo ER, organizadores. Ciências sociais e medicina, atualidades e perspectivas latino-americanas. Campinas: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas; 1995. p. 131-71.
22. Abric J. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D, organizador. As representações sociais. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
23. Bachelard G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
24. Snyders G. A alegria na escola. São Paulo: Editora Manole; 1988.
25. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 101-44.
26. Rouquete ML. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: Moreira ASP, Oliveira DC, organizadores. Estudos interdisciplinares de representação social. 2ª Ed. Goiânia: AB Editora; 2000.
27. Abric JC. Pratiques sociales et représentations. Paris: PUF; 1994.
28. Dewey J. Experiência e educação. São Paulo: Nacional; 1971.
29. Gazzinelli MFC. Educação e gestão em zona rural de Minas Gerais [Tese de Doutorado]. Salvador: Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia; 2000.
30. Penna CMM. Ser saudável no cotidiano da favela. Pelotas: Editora Universitária, Universidade Federal de Pelotas/Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
31. Canguilhem G. O normal e o patológico. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
32. Herlich C, Philippe A. Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Edusc; 2001.
33. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As representações sociais e a experiência da doença. Cad Saúde Pública 2002; 18:1207-14.
34. Cyrino H, Souza LR, Penha C, Pantano Filho R. Ideologia hoje. Campinas: Papirus; 1986.

---

Recebido em 22/Ago/2003

Versão final reapresentada em 20/Abr/2004

Aprovado em 02/Ago/2004