

As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família

Health education practices and Family Health Strategy

Gehysa Guimarães Alves¹
Denise Aerts¹

Abstract *This study evaluated health education, and particularly popular health education, as a methodological approach used in the Brazilian basic healthcare network and in the Family Health Strategy, a family health program of the Brazilian government. The literature on health education, educational practices in healthcare services, and popular health education was reviewed. We found that educational practices in healthcare services follow traditional methods and do not prioritize the establishment of links between healthcare workers and the population. To be consolidated as an educational practice, popular health education should be incorporated into the routine of healthcare services. For this purpose, the preparation of healthcare workers should focus on actions to promote collective health and critical reflections on healthcare teaching and learning by all the individuals involved in these processes.*

Key words *Health education, Family Health Strategy, Health promotion, Urban health*

Resumo *Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a educação em saúde, enfatizando a educação popular em saúde (EPS) como proposta metodológica e sua utilização na rede básica de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica sobre educação em saúde, prática educativa nos serviços de saúde e educação popular em saúde. Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população. Para que a educação popular em saúde possa se consolidar como uma prática educativa, deve ser incorporada no cotidiano do trabalho em saúde. Nesse sentido, a formação profissional deve valorizar as ações coletivas promotoras da saúde e desencadear um processo de reflexão crítica nos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem.*

Palavras-chave *Educação em saúde, Estratégia Saúde da Família, Promoção da saúde, Saúde das populações urbanas*

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil. Av. Farroupilha 8001, Bairro São José. 92425-900 Canoas RS. gehysa@sms.prefpoa.com.br

Introdução

No início do século XX, com o apogeu do paradigma cartesiano e da medicina científica, as responsabilidades referentes às ações de educação em saúde foram divididas entre os trabalhadores da saúde e os da educação. Aos primeiros, cabia desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível. Ao educador, cabia desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos. Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população.

Na área da saúde, as ações educativas não eram vistas como prioridade e, quando praticadas, seu objetivo era domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta. Assim, os trabalhadores da saúde tiveram poucas oportunidades de refletir sobre as práticas educativas por eles desenvolvidas nos serviços de saúde.

Essa situação suscitou críticas, sendo tema da X Conferência Nacional de Saúde, em 1996¹. As propostas formuladas enfatizaram a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança das relações entre profissionais e usuários, buscando o diálogo permanente com todas as formas de conhecimento, em especial com a cultura popular.

No entanto, a grande dificuldade encontrada pelas equipes de saúde é que ao trabalharem em um modelo de atenção pautado em práticas curativas e hospitalocêntricas, com ênfase no atendimento médico e na visão biologicista da doença, condicionam sua prática educativa a ações que visam apenas modificar comportamentos inadequados. Ela é centrada na prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, e a ação pedagógica privilegia a simples transmissão de conhecimentos pontuais. As técnicas mais utilizadas são as palestras, organizadas sobre temas previamente definidos pelos técnicos, sem qualquer consulta ou adaptação às necessidades da população².

A palestra, via de regra, tem como pressuposto a ideia de que a doença é determinada pela falta de cuidado do indivíduo com sua saúde, culpabilizando-o pelos problemas que apresenta. Habitualmente, se limita à simples transmissão de conteúdo acríptico e descontextualizado, uma vez que as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como fazendo parte de suas atividades. Assim, os mo-

mentos educativos são desvalorizados no processo de trabalho, que é centrado na prática clínica, individual e curativa².

A Estratégia Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada com ênfase na atenção básica à saúde, em especial da saúde da família. Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais¹. Procura reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada.

No sentido de contribuir para a discussão da prática educativa nos serviços básicos de saúde, este trabalho tem por objetivo refletir sobre a educação em saúde, enfatizando o desenvolvimento da educação popular em saúde como proposta metodológica preconizada pelo Ministério da Saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão de literatura sobre educação em saúde, sua trajetória e perspectivas, a educação popular em saúde e a Estratégia Saúde da Família.

Reflexões sobre a educação em saúde: trajetória e perspectivas

A educação em saúde surgiu em 1909 nos Estados Unidos da América (EUA), como uma estratégia de prevenção das doenças. Os pressupostos que nortearam essa proposta foram os seguintes: (1) os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; (2) os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; (3) a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos. Verifica-se, assim, que a educação em saúde se fundamentava na perspectiva de responsabilizar os indivíduos pelos seus problemas de saúde, estando sua atenção voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes³.

Essa prática educativa caracterizava-se por manter relações de caráter puramente narrativo, cujo conteúdo tendia a se petrificar e a se tornar algo morto⁴. Essa narração implicava um sujeito, o narrador, e o objeto paciente, o educando. Freire⁴ chama essa educação de bancária, pois se refere aos métodos tradicionais de ensino, centrados na transmissão de informações, em que o educando é um depositário passivo de conhecimentos e não existe uma relação dialógica entre educador e educando, nem entre conteúdo e realidade⁵.

Até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, a educação em saúde era utilizada para eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças, desconsiderando-se por completo as culturas das populações ou dos grupos populacionais trabalhados. As ações educativas restringiam-se às questões de higiene e conscientização sanitária, assumindo, predominantemente, um caráter individualista, autoritário e assistencialista^{3,6}.

Desde o início da década de 1980, esses caminhos vêm sendo repensados pela Divisão Nacional de Saúde Pública do Ministério da Saúde (DNSP/MS), que tem procurado reorientar o enfoque das ações educativas, estimulando o trabalho participativo e intersetorial e estabelecendo estratégias para subsidiar os diferentes grupos sociais na compreensão de suas condições de vida e na reflexão sobre como transformá-las. Assim, tem sido salientada a importância do papel do trabalhador em saúde no desenvolvimento de ações educativas, uma vez que ele é um facilitador do processo de aprendizagem na medida em que percebe os conflitos, interesses e visões de mundo que influenciam os modos de vida dos diferentes grupos populacionais³.

A educação em saúde é uma prática social, devendo ser centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades. No entanto, apesar dessa indicação do DNSP/MS, o que era praticado na rede básica de serviços de saúde continuava reduzido à complementarização do ato médico, e seu enfoque restrito ao repasse de conteúdos sobre normas de higiene. Sua atenção era dirigida à tentativa de diminuir ou eliminar a ignorância das causas biológicas das doenças⁷.

Vista como prática social, a educação em saúde passou a ser repensada como um processo capaz de desenvolver a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre as causas de seus problemas de saúde, enfatizando o desencadeamen-

to de um processo baseado no diálogo, de modo que se passe a trabalhar com as pessoas e não mais para as pessoas. Esse diálogo assume o pressuposto de que todos possuem potencial para serem protagonistas de sua própria história, de que estão motivados para se organizarem e de que possuem expectativas sobre as possibilidades de mudança^{8,9}.

Nesse sentido, Mendonça⁸ traça as seguintes estratégias da ação educativa: a participação de todos os profissionais de saúde no processo de capacitação de indivíduos e grupos populacionais, para que possam assumir a responsabilidade sobre seus problemas de saúde; o entendimento de que os sujeitos (técnicos e população) desse processo têm percepções diferentes sobre a realidade social e que essas devem ser o ponto de partida da ação educativa; a participação popular e o fortalecimento do papel do serviço de saúde.

Como uma prática social, a educação em saúde traz implícita uma visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em um tempo e espaço delimitado. Ela se define a partir da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível. Assim, tudo aquilo que é chamado de educação e de saúde acontece também no âmbito da cultura¹⁰. Se a cultura é algo que se reproduz, sob determinadas condições, a educação e a saúde também estão relacionadas a essas condições e são determinadas pelo modelo econômico, político, social e cultural de um país.

Um dos objetivos da educação é tornar interior às pessoas uma cultura que as antecede¹⁰. No entanto, essa cultura é colocada no singular, como se existisse apenas uma: a dominante. A educação em saúde tradicionalmente age nesse sentido, reduzindo os indivíduos a seres que devem se adaptar a essa cultura e às regras que ela impõe.

A educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável¹¹. Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população. A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a

melhoria dos determinantes da saúde. Assim, a educação em saúde, quando trabalhada como uma prática social comprometida com a promoção da saúde, é chamada de educação popular em saúde.

A educação popular em saúde

A educação popular situa-se dentro das teorias sociais, uma vez que acredita que a educação pode contribuir para a transformação social, desempenhando papel fundamental na reconstrução da sociedade. Essas teorias partem da vida cotidiana das pessoas e levam em conta sua cultura¹². Entre essas, a educação popular situa-se entre as pedagogias da conscientização, tendo Freire e Shor como seus principais representantes. Esses autores afirmam que a educação popular é aquela que reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos.

Um dos problemas que as equipes de saúde enfrentam no trabalho com grupos populares é a dificuldade de entendimento da linguagem e concepção de mundo dessas comunidades. Isso se deve à incompreensão dos trabalhadores da saúde sobre a forma como as pessoas das classes populares pensam e percebem o mundo. Geralmente, há uma incapacidade por parte da equipe de saúde em aceitar que as pessoas da periferia são capazes de produzir conhecimento e que esse conhecimento está vinculado às suas raízes culturais. Por sua vez, as comunidades também não conseguem entender a lógica das equipes de saúde, e isso gera um descompasso extremamente grande entre o que pensam e sentem usuários e trabalhadores da saúde¹³.

Nesse sentido, é fundamental o papel do agente comunitário na equipe de Saúde da Família. Por pertencer àquela comunidade, ele conhece os problemas, necessidades de saúde e cultura da população local e as dificuldades para enfrentá-los. Assim, se bem orientado, será facilitador da relação entre a equipe e a comunidade, sendo um elo entre as duas realidades.

Na medida em que os trabalhadores da saúde passaram a conviver com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, que aconteceu graças à priorização da atenção básica e implantação de serviços de saúde nas periferias, passaram a sentir a necessidade de reorientar sua prática. O fato de estarem inseridos mais profundamente na dinâmica local propor-

ciona às equipes de saúde maior potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte. Com isso, a educação popular em saúde passou a se constituir em uma estratégia de enfrentamento aos problemas de saúde encontrados, procurando fortalecer a relação com a população e os movimentos sociais e criar vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população^{14,15}.

Na ótica da educação popular em saúde, as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços são vistas como um processo de aprendizagem mútua, que envolve crenças, valores e percepções de mundo. Assim, para capacitar a população para o enfrentamento de situações que podem vulnerabilizar sua saúde, os trabalhadores devem refletir sobre as diferenças culturais e atuar na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação do homem integral e autônomo. Além disso, é necessário assumir a complexidade da relação humana e reconhecer a relatividade de cada interpretação, buscando o entrelaçamento das perspectivas e contextos de diferentes sujeitos¹⁶.

Essas práticas devem estar voltadas para a superação do fosso cultural entre a equipe e a população, pois um não compreende a lógica do outro. Entretanto, essa distância cultural pode ser superada a partir do momento em que a equipe de saúde atuar sobre os problemas de saúde, buscando conhecer as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos. Nesse sentido, a educação deve ampliar os canais de interação cultural e de negociação entre os diversos grupos populares e os diferentes profissionais. Com isso, passa a ser uma estratégia de construção da participação popular nos serviços de saúde e de interação entre a ciência e a vida das famílias e da sociedade¹⁷.

A educação popular em saúde pretende investir no diálogo entre os sujeitos, na educação humanizadora e no trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito. Procura lembrar que o corpo, a palavra, a consciência, os hábitos e o trabalho são eixos temáticos fundamentais, pois são o lugar de encontro entre a educação e a saúde e devem nortear qualquer capacitação dessas áreas do conhecimento¹⁸.

Além de ressaltar a importância de resgatar o afeto, as emoções, o estar com o outro, procura situar o ser humano no universo, integrando os conhecimentos e entendendo o homem como alguém que se realiza na e pela cultura¹⁹. Nesse sentido, a educação popular procura reorientar as estratégias de capacitação, fazendo-as a partir

das angústias, experiências prévias e desejo de superação das dificuldades. Com isso, procura resgatar o humano de cada um²⁰.

O mérito das propostas de educação popular é terem rompido com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde e passado a atuar com o diálogo, a reflexão crítica sobre o cotidiano vivido e a valorização do conhecimento popular²¹. Procuram atuar na perspectiva da construção de uma saúde integral e do alargamento do cuidado à saúde, que inclui não somente os aspectos específicos dos saberes, profissões e instituições, mas especialmente a articulação com a sociedade civil. Assim, suas propostas fortalecem e reorientam as práticas, saberes e lutas cotidianas¹⁴.

A educação popular em saúde e o Sistema Único de Saúde

Com o movimento de Reforma Sanitária e as discussões da VIII CNS²², os conceitos de saúde e doença e de educação se modificaram. O Sistema Único de Saúde, proposto em 1986 e consolidado pela nova Constituição Federal em 1988²³, apresentou uma modificação substancial nas relações entre os setores da sociedade e incluiu entre os seus princípios a participação popular, a autonomia e o desenvolvimento da cidadania. A educação em saúde passou a ser vista como uma importante estratégia de transformação social, devendo estar vinculada às lutas sociais mais simples e ser assumida pela equipe de saúde, reorientando as práticas de saúde e as relações que se estabelecem entre o cotidiano e o saber da saúde.

Ao refletir sobre a educação do futuro, Assmann²⁴ afirma que “educar é fazer emergir vivências do processo educativo”. Nesse sentido, a educação deve propiciar experiências de aprendizagem e de criatividade para construir conhecimentos e desenvolver habilidades para acessar fontes de informação sobre assuntos variados. A educação em saúde deve estar voltada para entender a educação não só como melhoria pedagógica, necessária para desenvolver a reflexão crítica, mas voltada para o compromisso da transformação social.

Dentro dessas premissas, a participação popular passa a ser uma das mais importantes estratégias do SUS, estando prevista na Lei nº 8.142, de 1990²⁵, pois possibilita que múltiplas ações de diferentes forças sociais se desenvolvam e influenciem a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas. De um lado, legítima a política do Estado diante da população;

de outro, significa um canal para que as entidades populares disputem o controle e a destinação da verba pública²⁶.

A partir da implantação do SUS, o trabalho educativo necessitou ser reestruturado de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Passou a ser pautado pelo entendimento da determinação social do processo saúde e doença, enfatizando que a inserção dos indivíduos nos meios de produção se reflete nos diferentes riscos de adoecer e morrer; pela adoção de um processo pedagógico problematizador, que valorize a reflexão crítica do cotidiano e pelo reconhecimento do direito à saúde como um valor inalienável do indivíduo²⁷. Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem apontado a necessidade de investimentos na Estratégia Saúde da Família e na educação popular em saúde como proposta a ser desenvolvida pelas equipes de saúde.

Os novos protagonistas: a equipe da Estratégia Saúde da Família

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família tiveram como objetivo romper com o comportamento passivo das equipes de saúde e estender as ações de saúde para toda a comunidade. Suas ações deveriam ser interdisciplinares, sendo as equipes compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários para uma população de, em média, quatro mil pessoas. A equipe deveria também se responsabilizar pela população adstrita em seu território, resgatando os vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre ela e a população, reorganizando a atenção básica e garantindo a oferta de serviços dentro dos princípios de universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS³.

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde. Assim, devem atuar a partir da oferta organizada de serviços, planejando seu processo de trabalho de forma não somente a atender à demanda que vem espontaneamente aos serviços de saúde, mas, especialmente, a desenvolver ações para as pessoas que ainda não conhecem ou não frequentam o serviço de saúde. Para tanto, é necessário que conheçam o seu território e as pessoas moradoras nessa área e tenham como rotina de trabalho a realização da visita domiciliar.

As equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o

processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal. Para isso, o trabalhador em saúde deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação com os usuários e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor da saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde.

Na perspectiva da promoção da saúde, as práticas educativas assumem um novo caráter, uma vez que seu eixo norteador é o fortalecimento da capacidade de escolha dos sujeitos. No entanto, para que isso ocorra, as informações sobre saúde necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizada, instrumentalizando as pessoas para fazerem escolhas mais saudáveis de vida. Nesse sentido, Libâneo⁵ conceitua a prática educativa como o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e a transformá-lo.

Para que as pessoas possam fazer escolhas mais saudáveis de vida, é necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional.

Ao desencadear um diálogo com o usuário, o trabalhador da saúde deve certificar-se de que ele entenda o conteúdo que está sendo discutido ou informado, pois, caso não isso não ocorra, a sua saúde pode estar sendo colocada em risco em razão do não estabelecimento do processo comunicativo. Assim, no processo de comunicação, é fundamental que ocorram a escuta, a observação e a interação entre as pessoas, sendo imprescindível a disponibilidade interna do trabalhador, a partir de uma ação intencional, orientada por um interesse concreto. A partir da troca de informações, crenças e valores, podem existir acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida².

Nessa perspectiva, surge a educação popular em saúde (EPS), que propõe refletir sobre os processos de trabalho e a relação do trabalhador da saúde com seu usuário. Ela auxilia as equipes de saúde e gestores a construir um sistema de saúde

em que trabalhadores da saúde e usuários sejam atuantes, participativos, autônomos e críticos.

Considerações finais

A educação popular em saúde tem proposto que se reveja o processo de trabalho em saúde, mobilizando redes sociais, envolvendo setores governamentais, não governamentais e sociedade para o enfrentamento da exclusão social e promoção da qualidade de vida e da cidadania. Deve atuar no sentido da inclusão social, auxiliando aqueles “que estão fora de” a passarem “a fazer parte de”. Isso requer, além do reconhecimento da realidade e da cultura local, uma sociedade civil organizada e participativa, relações horizontais e ações complementares entre os participantes²¹. Parte do pressuposto de que não existe um saber ou uma cultura melhor do que a outra, mas saberes, culturas e realidades complementares e inter-relacionadas.

Mesmo tendo sido questionadas nos últimos anos, as práticas educativas ainda seguem um modelo autoritário, em que os trabalhadores da saúde continuam a fazer prescrições sobre o comportamento mais adequado para ter saúde e a população acata sem questionar ou relacionar esses conteúdos à sua realidade. Ainda hoje, vemos que as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem a metodologias tradicionais e não se preocupam com a criação de vínculo entre os trabalhadores em saúde e a população.

Ainda que o Ministério da Saúde preconize o uso da educação popular nos serviços de saúde, enfatizando a importância da atenção básica, o que se tem observado é que os trabalhadores da saúde têm grande dificuldade em atuar com o conceito ampliado de saúde e acabam não conseguindo contribuir para a diminuição das iniquidades sociais.

Para que as equipes de saúde possam usar a educação popular, estimulando o empoderamento da população e a sua autonomia para decidir sobre sua vida e sua saúde, é necessário que ela seja utilizada como norteadora das capacitações dos trabalhadores da saúde.

Colaboradores

GG Alves e D Aerts trabalharam igualmente na concepção do artigo, na revisão de literatura e na redação final.

Referências

1. Brasil. X Conferência Nacional de Saúde [relatório final]. Brasília; set. 1996.
2. Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate* 1995; 46:19-22;
3. Flores O. A prática de saúde enquanto uma prática educativa. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Pública; [s/d]. (mimeo).
4. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
5. Libâneo JC. *Didática*. 16ª reimpressão. São Paulo: Cortez; 1994.
6. Alves G. O cotidiano dos trabalhadores de saúde em uma unidade sanitária. [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1993.
7. Rosa MS. Educação em saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia? [dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, UFRGS; 1989.
8. Mendonça GF. Educação em saúde, um processo educativo. In: Encontro Estadual de Experiências de Educação e Saúde. Porto Alegre; 1982. (mimeo).
9. Freire P. Como trabalhar com o povo; 1983. (mimeo).
10. Brandão CR. A educação como cultura. Campinas: Mercado Aberto; 2002.
11. Martínez AG, Carreras JS, Haro AE. *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones; 2000.
12. Bertrand Y. Teorias sociais. In: Bertrand Y. Teorias contemporâneas da educação. Lisboa: Instituto Piaget; 2001.p. 151-197.
13. Stotz EM, Valla VV, organizadores. *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A; 2000.
14. Vasconcelos EM. Educação popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde. In: Torres RM, organizadora. *Educação popular hoje*. São Paulo: Edições Loyola; 1998. p. 63-98.
15. Vasconcelos EM. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: Gonsalves, organizador. *Educação e grupos populares: temas (re)correntes*. Campinas: Editora Alínea; 2002. p. 99-116.
16. Fleuri RM. Educação e complexidade. In: Costa MV, organizadora. *Educação popular hoje*. São Paulo: Edições Loyola; 1998. p. 99-128.
17. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Sobral; 2001.
18. Arroyo M. As bases da educação popular em saúde. *Educação Popular em Saúde*. *Rev Radis* 2001; 21.
19. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco; 2000.
20. Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001.
21. Brandão CR. A educação popular na área da saúde. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 21-29.
22. Brasil. VIII Conferência Nacional de Saúde [relatório final]. Brasília; mar. 1996.
23. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da Ordem Social. Capítulo II. Seção II – Da Saúde. Brasil; 1988.
24. Assmann H. *Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente*. Petrópolis: Vozes; 1998.
25. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142/90. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*; 1990; dia? mês?
26. Valla VV, Stotz EN. *Participação popular e saúde*. Petrópolis: DDDH/Cepel; 1989. (Coleção Saúde & Educação).
27. Chiesa AM, Westphal ME. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate* 1995; 46:19-22.

Artigo apresentado em 29/06/2007

Aprovado em 05/09/2007

Versão final apresentada em 18/09/2007