

REPRESENTAÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Maria de Fátima Mantovani*
 Felismina Rosa Parreira Mendes**
 Elis Martins Ulbrich***
 Juliana Veiga Mottin da Silva****
 Marilene Loewen Wall*****
 Bruna Karoline Reis*****

RESUMO

Devido à ampliação do conceito de saúde emergiram diversificadas propostas e alternativas de se educar, com discussões sobre quais abordagens atingem níveis desejados de saúde à população. Portanto estudar as Representações Sociais dos profissionais sobre as ações de educação em saúde por eles propiciadas à comunidade nos permite captar os sentidos que estes atores atribuem às suas práticas sem, contudo, menosprezar as condições nas quais são desenvolvidas. O objetivo do estudo foi identificar a representação dos integrantes da Estratégia de Saúde da Família acerca da educação em saúde. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva, realizada em nove Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família, no município de Curitiba-Paraná, junto a 58 profissionais de saúde. Os dados foram coletados no período de julho a dezembro de 2010, através de entrevista semiestruturada, e após transcritos foram submetidos à análise de conteúdo temático. Foram encontrados dois diferentes modos de compreensão da educação em saúde por parte dos profissionais: “Escultores de conhecimento” e “Educação para a autonomia” e outros conceitos que comprovam a necessidade de aprimoramento e aprendizado, devendo-se investir na educação permanente dos profissionais.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Saúde. Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

Com a ampliação do conceito de saúde de ausência de doença para um equilíbrio entre os determinantes sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, na qual sua concepção é entendida de modo positivo como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver surgiram muitas propostas e alternativas de se educar, que emergiram de discussões sobre quais abordagens atingem níveis desejados de saúde à população⁽¹⁾.

Este conceito inspirou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, o qual

foi estimulado pelo Movimento da Reforma Sanitária, visto a necessidade de reformulação do modelo de atenção. Os ideais desse movimento impulsionaram uma requalificação do direito à saúde e da responsabilidade do Estado, que, emergiu como um novo pacto social, na qual a saúde passa a ser definida como um “direito de todos”. Assim, para garantir os princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade e participação da população, os modelos tradicionais de apreensão e respostas aos processos de adoecimento tornaram-se insuficientes, visto que as bases conceituais da reforma da atenção em saúde no Brasil trouxeram como proposta a implantação da

¹Trabalho oriundo do Projeto “A promoção e a educação em saúde: as representações da equipe”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista Produtividade CNPq 2. Líder do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA-UFPR). Email: mfatimamantovani@ufpr.br

**Enfermeira. Doutora em Sociologia. Docente Coordenadora da Universidade de Évora-Portugal. Membro do Centro de Investigação de Estudos em Sociologia (CIES), do Instituto Superior de Ciências do Trabalho (ISCTE), e da Empresa de Lisboa. Colaboradora do Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde (CICTS-UE). Email: fm@uevora.pt

***Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPR. Membro do GEMSA-UFPR. Bolsista CAPES/REUNI. Email: lilaulbrich@yahoo.com.br

****Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Quatro Barras - PR. Email: julianam.mottin6@gmail.com

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPR. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE-UFPR). Diretora de Enfermagem do Hospital de Clínicas-UFPR. Email: wall@ufpr.br

*****Enfermeira. Enfermeira residente em Cancerologia do Hospital Erasto Gaertner. Email: brukareis@gmail.com

Estratégia de Saúde da Família (ESF)⁽²⁾.

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica, que teve seu início na década de 1990, com intuito de reorganizar a Atenção Básica no Brasil. A operacionalização desta estratégia ocorre mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde, sendo estas responsáveis pelas ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e manutenção da saúde comunitária⁽³⁾.

Para suprir os fundamentos da ESF, (práticas de saúde humanizadas, satisfação dos usuários, estreitamento da relação profissional, comunidade e o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e de qualidade de vida)⁽⁴⁾, a educação em saúde se estabelece como principal instrumento visto esta ser um elemento capaz de produzir ação e ao atuar no conhecimento das pessoas, tende a facilitar ações voluntárias que conduzam a saúde⁽⁵⁾.

Assim, o objetivo da educação em saúde não é o de informar, mas de transformar saberes, com intuito de desenvolver a autonomia e responsabilidade do indivíduo no cuidado com a saúde, pela compreensão de sua situação e não mais pela imposição de um saber científico. Desta forma, o indivíduo é capacitado a decidir qual estratégia em sua visão é melhor para promover, manter e recuperar a sua saúde⁽⁶⁾.

Nesta perspectiva, estudar as Representações Sociais (RS) dos profissionais sobre as ações de educação em saúde por eles propiciadas a comunidade, nos permite captar os sentidos que estes atores, atribuem às suas práticas sem, contudo menosprezar as condições nas quais são desenvolvidas. As RS podem atuar como guias de interpretação e organização da realidade, permitindo ao indivíduo, neste contexto, ao trabalhador integrante da ESF, se situar no mundo, e ao compartilhar socialmente estas representações permite que saibamos como os sujeitos apreendem o mundo em que vivem e os acontecimentos da vida⁽⁷⁾.

Tendo em vista os importantes conceitos abordados, o objetivo deste estudo é identificar a representação dos integrantes da ESF acerca da educação em saúde. Portanto este estudo justifica-se, pois este conhecimento propiciará não só subsídios para a educação permanente em saúde como para elaboração de estratégias que

propiciem a interlocução dos profissionais de saúde com a comunidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa descritiva que utilizou as Representações Sociais como suporte metodológico de análise, considerando estas, uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado e que tem como finalidade a interpretação de uma realidade comum de um dado grupo social⁽⁸⁾.

O estudo foi realizado nos meses de julho a dezembro de 2010, em nove Unidades de Saúde com ESF do município de Curitiba – Paraná, e 58 trabalhadores de saúde. Os sujeitos foram advindos do sorteio de 20% das Unidades de Saúde (USES) do município, e o mesmo percentual de componentes das equipes, o que resultou em 10 USES, porém houve recusa de uma Autoridade Sanitária para a realização da entrevista com os funcionários de sua unidade. Dentre os trabalhadores entrevistados encontramos: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares e técnicos em saúde bucal, cirurgiões dentistas e médicos.

A coleta de dados foi realizada nas dependências das US mediante entrevista temática gravada, com questões abertas sobre o que é educação em saúde. Após a transcrição, os dados foram tratados segundo o método da análise de conteúdo proposto por Bardin⁽⁹⁾, que propõe três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. O que resultou em duas categorias: “Escultores de conhecimento” e “Educação para a autonomia”.

No que diz respeito aos aspectos éticos o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob número do protocolo/registro CEP/SD: 890.015.10.02, (CAAE nº 0010.0.091.000-10). Em respeito ao anonimato, os trabalhadores foram identificados com a letra E seguido de algarismos em ordem crescente, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (1996)⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos 58 entrevistados foi de 43 anos, sendo a mínima de 23 e máxima de 61 anos e, apenas cinco eram do sexo masculino. O tempo de serviço na Instituição em que se realizou a entrevista teve variação de um mês a 24 anos. Dos entrevistados havia: três médicos, 18 enfermeiras, 24 auxiliares de enfermagem, 10 auxiliares e técnicos em higiene dental, e três dentistas.

Observa-se que as equipes de saúde são mistas, tanto no que se refere ao número de profissionais quanto ao tempo de trabalho na instituição.

Na primeira categoria, “Escultores de conhecimento”, os sujeitos compreendem que a Educação em Saúde é apenas a transmissão de um conhecimento teórico científico, portanto os primeiros são responsáveis pelas modificações e adequações dos comportamentos dos usuários em relação a sua saúde, deste modo, o trabalhador é o artista que modela o conhecimento, como mostra as seguintes falas:

É repassar as orientações a respeito da saúde no modo geral [...]. É trabalhar mesmo a parte educativa, de que é importante, como deve ser feito, como as pessoas devem agir. (E 23)

Para mim educação em saúde é a gente educar o paciente sobre as coisas básicas, assim para ele ter uma saúde. Informar para ele lavar bem os alimentos antes de comer, andar com carteira de vacina em dia. Então são orientações para prevenir doenças e com isso você vai estar promovendo a saúde.(E27)

[...] ensinar ele quais as melhores maneiras de vida, como cuidar da saúde dele, qual a alimentação correta, quando ele tem uma medicação para usar, como usar corretamente aquilo, não fazer o uso incorreto desse medicamento e ter uma vida, digamos assim, ter uma vida saudável mesmo. (E30)

Essas idéias possuem raízes históricas, pois vários autores conceituam a educação em saúde tradicional como um modelo preponderante influenciado pelo positivismo, que centralizava o poder nos profissionais de saúde, que eram considerados detentores do saber científico necessário para uma vida saudável. Esse conceito é fundamentado no referencial biologicista, com intuito da mudança de comportamento individual, a partir dos modelos repassados para a manutenção da vida⁽¹¹⁻¹³⁾.

Assim, percebe-se nas falas de E23, E27 e E30 uma atitude paternalista, na qual os usuários são considerados carentes de informações sobre saúde e os trabalhadores supõem que a partir do conhecimento repassado estes assumirão novos hábitos e condutas, de tal modo, que os usuários são considerados objetos das práticas educativas e responsáveis pelas mudanças em seus hábitos de vida⁽⁶⁾.

A atitude paternalista dos profissionais de saúde é reforçada pelo modelo exógeno do adoecimento, no qual existe um agente externo causador da doença sendo que este deve ser eliminado, como exemplo o cigarro que causa câncer, o açúcar a diabetes, o sal a hipertensão, entre outros. Assim, estes fatores são considerados agentes diretos e desconsideram as demais razões que podem estar envolvidas no processo saúde-doença⁽⁶⁾.

Estas atitudes por parte dos trabalhadores de saúde desconsideram as histórias de vida, o conjunto de crenças e valores, as representações do processo saúde-doença e a própria subjetividade do usuário⁽⁶⁾. Deste modo nota-se que alguns profissionais consideram-se “superiores” quando relatam realizar atividades de educação em saúde como explicita as seguintes falas:

É um modo de demonstrar tudo aquilo que a gente vivencia na teoria, aliada com a prática, e tentar repassar isso da melhor maneira para as pessoas, numa forma de estar inserindo conhecimentos. [...] (E16)

Educação em saúde é você estar passando os conhecimentos que você sabe [...] de alguma forma, tentar ajudá-los a melhorar a sua saúde [...]. (E21)

É a capacitação de toda a equipe multidisciplinar e repassando essa capacitação para os usuários que dela necessita na verdade [...]. (E31)

O profissional considera-se capaz de “inserir” conhecimento, comparando o usuário a um “vaso vazio” que necessita de conteúdo. Percebe-se, que neste conceito tradicional e vertical a educação em saúde não tende à autonomia dos sujeitos, sendo atividades passivas muitas vezes através da comunicação em massa, recursos audiovisuais, aulas didáticas e palestra em centros de saúde, escolas, igrejas e outros centros comunitários, e que visam à

doença e à intervenção curativista do processo saúde-doença.

Deste modo, várias críticas são feitas a este conceito de educação tradicional, uma vez que os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde não são ponderados. Portanto, considerar o indivíduo como objeto e carente de informações, exclui-se a idéia de que os comportamentos individuais são guiados pelos valores, crenças e representações sobre o processo saúde^(6,11) e de educação.

A formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais, pois estes demonstram não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF. A maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva⁽¹⁴⁾.

O trabalho na lógica da Promoção da Saúde, conforme preconizado pela ESF almeja a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Para o alcance deste trabalho, é necessária, entre outros aspectos, a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de realização de ações intersetoriais^(4,15).

A obtenção de profissionais capacitados para trabalhar nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de Promoção da Saúde não se constitui uma tarefa fácil⁽¹⁶⁾. Essa dificuldade ocorre devido ao modelo de formação dos profissionais, ainda baseado na visão biologicista e fragmentada.

Em estudo realizado em Minas Gerais com coordenadores, docentes, estudantes e profissionais de serviços envolvidos na formação do enfermeiro foi percebido nos discursos destes uma decisão de mudança na formação do enfermeiro no qual o conceito de promoção da saúde esteja inserido. Contudo, os autores destacam que essa mudança do processo ensino-aprendizagem, de um pensamento biologicista para a incorporação da promoção da saúde na formação do enfermeiro é uma transição incerta e contraditória pelas visões e práticas do entendimento de saúde da sociedade⁽¹⁶⁾.

Contudo, observa-se que alguns trabalhadores consideram a realidade da família proposta pelo

sistema de saúde vigente, porém excluem a troca de conhecimentos e considera educação em saúde apenas orientação do profissional, sem a participação ativa do paciente e da família, permanecendo com uma idéia tradicional de educação conforme as falas de E28 e E40 a seguir:

A educação em saúde não está só voltada para um paciente só, mas para a família toda (...), a gente vê o problema do paciente, e através dessas queixas a gente vai acompanhar na casa com o paciente, com a família, e fazer as devidas orientações. (E28)

É tudo que você faz em relação à educação, atendimento, aqui a gente tem o PSF que é um programa que vai até a família para ver a realidade, para orientar dentro do quadro das possibilidades da família [...]. (E40)

Na segunda categoria “Educação para a autonomia” as Representações Sociais de educação em saúde estão ligadas ao trabalho em equipe e a troca de conhecimentos entre os sujeitos da ação educativa com a perspectiva de emancipação, conforme as falas abaixo:

[...] é você fazer o uso dos teus conhecimentos, mas também colocar o conhecimento da população, e você junto com ela procurar realizar alguma promoção em saúde. (E1)

[...] eles vem como nossos colaboradores, é a desmonopolarização do saber. Ele não é inerente de uma pessoa apenas, mas é de todos os usuários. (E20)

[...] cada atividade educativa a gente tenta criar no paciente a maior autonomia dele, é um maior cuidado dele e para que eles mesmos consigam também cuidar da saúde dele junto conosco, não como sujeito apenas, mas agindo também. (E24)

Este ponto de vista com a participação da comunidade nas atividades de educação em saúde, conforme a fala de E1 corrobora com o pensamento e teoria de Paulo Freire na década de 1970, o qual denomina de educação libertadora ou emancipadora, pois tem como objetivo a reflexão e conscientização crítica sobre os aspectos da realidade individual e coletiva, além de estimular esta busca⁽¹⁷⁾.

No entanto, para realizar ações de saúde que proporcionem a autonomia, como refere E24, é necessário conhecer os indivíduos incluindo suas crenças, hábitos e valores, e as condições

objetivas em que vivem, assim como envolvê-los, contrapondo a imposição realizada pela educação tradicional. A partir desta concepção, pretende-se a transformação da realidade que só é “possível assegurar pela sustentabilidade e efetividade das ações de saúde”⁽⁶⁾.

O embasamento deste tipo de educação libertadora é o diálogo, no qual o usuário é reconhecido por possuir um saber, corroborando com o discurso de E20. Assim, mesmo que seja um conhecimento diferente do técnico-científico, este não é ignorado pelos trabalhadores da saúde, visto ambos atuarem em patamares iguais com papéis diferenciados, pois somente desta maneira é possível transformar saberes, com intuito de desenvolver a autonomia e responsabilidade do sujeito no cuidado com a saúde⁽¹⁷⁾.

A educação que visa à emancipação dos sujeitos capacita estes a decidirem sobre as melhores maneiras para promover, manter e recuperar a sua saúde, através da compreensão de sua situação e não mais pela imposição de um saber científico. Pelo diálogo os trabalhadores e usuários constroem um saber sobre o processo saúde-doença de forma compartilhada, trocando saberes, o que possibilita além da confiança nos serviços de saúde, mudanças duradouras de hábitos e comportamentos, sem atitudes persuasivas ou de autoridade⁽⁶⁾. Em estudo anterior, destaca-se a atuação do enfermeiro voltada à prática educativa como principal estratégia de promoção da saúde ao atuar na visita domiciliar, pois pode-se estabelecer um vínculo consistente entre o binômio paciente/família e o serviço de saúde⁽¹⁸⁾.

O desenvolvimento do conhecimento pela interação permite a construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado, sendo a mudança de comportamento esperada e resultante das ações de saúde por meio de um processo complexo dos fatores subjetivos e objetivos no contexto social, econômico e cultural, bem como da motivação individual. Assim, o papel do trabalhador da saúde na educação é de facilitador ao proporcionar descobertas e reflexões para a (re)construção da realidade no processo de saúde doença⁽⁶⁾. Portanto, os profissionais necessitam “encarar os doentes crônicos como seus parceiros na

produção e informação de cuidados, e não como meros destinatários ou receptores dos mesmos”⁽¹⁹⁾.

Percebe-se que educar vai muito além do que puramente treinar outra pessoa no desempenho de destrezas, e torna a reflexão crítica fundamental para construir ou criar possibilidades de novos conhecimentos, diferenciando da simples transferência. Assim, há necessidade de mudança dos paradigmas dos trabalhadores que visualizam o indivíduo como um receptáculo de conhecimentos/conteúdos⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Educar não deve ser uma forma autoritária e ditadora de passagem de saber, mas deve estimular a reflexão sobre as vivências e o contexto em que a população está, encontrando um caminho de transformação de conhecimentos, além de libertar e desvincular da dependência imposta por muitos profissionais.

Os “Escultores de conhecimentos” sentindo-se detentores do saber acreditam que moldam a população de acordo com seus ensinamentos. Entretanto, a educação em saúde, na atualidade, foca a autonomia com cuidado de si, autogoverno de seus corpos e auto cuidado em saúde, o que contribui para a constituição de novos sujeitos.

Compreender a educação em saúde como “Educação para a autonomia” permite a troca, o crescimento e a possibilidade de construção de novos saberes com uma consciência que critica e reflete, permitindo o compartilhamento do saber, por mediar encontros onde prevalece a troca de informações. Porém, para que atenda a todos os níveis de exigência, a educação deve ser planejada para e com a população, onde os educadores interagem com os educandos, percebendo suas necessidades, seus níveis de interesses, suas dúvidas, crenças e sua cultura.

Desta forma, o estímulo ao desenvolvimento da autonomia para o cuidado da saúde torna-se um processo compartilhado, em que os profissionais de saúde constroem em conjunto com os portadores de doenças crônicas os conceitos necessários para a manutenção de sua qualidade de vida. Assim, o objetivo constitui-se na formação de cidadãos reflexivos, críticos e

conscientes, através de um processo de conscientização, mudança e transformação.

As Representações Sociais dos participantes desta pesquisa foram pautadas em dois referenciais de educação, o tradicional e o libertador, sendo que algumas vezes os mesmos se associam. Contudo, há que se destacar que as

ações educativas propostas pelos programas do Ministério da Saúde visam a autonomia dos sujeitos, paradoxalmente, a formação de muitos destes profissionais foi feita sob a égide do modelo biologicista.

REPRESENTATIONS OF HEALTH EDUCATION FOR A TEAM FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

Due to the expansion of the concept of health emerged diversified proposals and alternatives in education, with discussions on approaches which achieve the desired levels of population health. Therefore, studying the Social Representations of professionals about the actions of health education offered by them to the community allows us to capture the meanings that these actors give to their practices; but, without underestimating the conditions under which they are developed. The purpose of this research is identifying the representations of the Family Health Strategy members about the health education. This is essentially a qualitative descriptive research, which was made in nine Health Centers with Family Health Strategy, in the city of Curitiba-Paraná, along with 58 health professionals. The data were collected in July to December 2010, through semi-structured interviews, after that the transcripts were submitted to thematic content analysis. It was founded two different modes of understanding of health education by professionals: "Knowledge Sculptors" and "Education for autonomy" and other conceptions, which prove the need for improvement and learning, and to invest in permanent education of professionals.

Keywords: Nursing. Health Education. Health Promotion.

REPRESENTACIONES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR DE EQUIPO

RESUMEN

Debido a la expansión del concepto de salud surgieron distintas propuestas y alternativas de educarse, con discusiones sobre cuáles enfoques alcanzan niveles deseados de salud a la población. Por lo tanto, el estudio de las Representaciones Sociales de los profesionales sobre las acciones de educación en salud que ellos ofrecen a la comunidad nos permite captar los significados que estos actores atribuyen a sus prácticas, pero sin menospreciar las condiciones en que se desarrollan. El objetivo de este estudio fue identificar la representación de los miembros de la Estrategia de Salud de la Familia sobre la educación en salud. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva, realizada en nueve Unidades de Salud con Estrategia Salud de la Familia, en el municipio de Curitiba, Paraná, con 58 profesionales de salud. Los datos fueron recolectados entre julio y diciembre de 2010, por medio de entrevista semiestructurada, y después de transcritos fueron sometidos al análisis de contenido temático. Se han identificado dos modos distintos de entender la educación en salud por los profesionales: "Escultores del conocimiento" y "Educación para la autonomía", y otros conceptos que comprueban la necesidad de perfeccionamiento y aprendizaje, debiéndose invertir en la educación permanente de los profesionales.

Palabras clave: Enfermería. Educación en la Salud. Promoción de la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Heidemann ITSB, Bochs AE, Fernandes GCM, WosnyJamila AM, Marchi JGA. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Otawa em produção Científica. *Cienc cuid saude*. 2012 jul-set; 11(3):613-619.
2. Silva LA, Cassiotti CA, Chaves SCL. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência saúde colet*. 2013; 18(1):221-232.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Brasília (DF); 2011.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 15 nov 2011; Seção 1:48-55.
5. Rodrigues W, Santos, VE. A Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. *J Health Sci Inst*. 2010; 28(4):321-4.
6. Souza IPMA, Jacobina RR. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. *Rev baiana de saúde pública*. 2009 out-dez; 33(4):618-627. Disponível em:

http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/293/pdf_106.

7. Lescura C, Brito MJ, Borges AF, Capelle MCA. Representações sociais sobre as relações de parentesco: estudo de caso em um grupo empresarial familiar. 2012 jan-fev; 16(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-6552012000100007&script=sci_arttext.
8. Moscovici S. Representações sociais. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
10. Conselho Nacional De Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo humanos. Disponível em: www.saudeufpr.br.
11. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciência saúde colet. 2010; 15(5):2539-2550. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>
12. Rice M, Candeias NMF. Padrões mínimos da prática da educação em saúde: um projeto pioneiro. Rev saúde pública. 1989; 23(4):347-353.
13. Silva CMC, Meneghim; ACP, Mialhe, FLM. Educação em saúde: uma reflexão de suas práticas. Ciência saúde colet. 2010 ago; 15(5):2539- 2550.

14. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. Esc Anna Nery. 2010 abr-jun; 14(1):368-376. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/21.pdf>.
15. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da Medicina de Família. São Paulo (SP): Sobramfa; 2003.
16. Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Rev bras enferm. 2009 jan-fev; 62(1):86-91.
17. Chagas NR, Ramos IC, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Cuidado Crítico e criativo: contribuições da educação conscientizadora de Paulo Freire para a enfermagem. Cienc enferm. 2009; 15(2):35-40. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art05.pdf>.
18. Sossai LCF, Pinto IC. A Visita Domiciliária do Enfermeiro: Fragilidades x Potencialidades. Cienc cuid saude. 2010 jul-set; 9(3):569-576.
19. Mantovani MF, Mendes FRP, Ulbrich EM, Bandeira JM, Fusuma F, Gaio DM. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. Rev gaúch enferm. 2011 dez; 32(4):662-668.
20. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 28th ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

Endereço para correspondência: Elis Martins Ulbrich. Avenida LothárioMeissner, 632, Bloco Didático II – Enfermagem, 3º andar, Jardim Botânico, Curitiba – Paraná. CEP: 80210-170. E-mail: lilaulbrich@yahoo.com.br.

Data de recebimento: 14/11/2012

Data de aprovação: 11/03/2104