

# Diferença e Identificação nos Processos Educacionais em Saúde

Emília Carvalho Leitão Biato<sup>1</sup>

Iêlida Hírian Guimarães<sup>2</sup>

Géssica Fraga<sup>3</sup>

**Resumo:** Este estudo tem como objetivo o reconhecimento de conceitos e práticas de educação em saúde. Lemos todos os artigos científicos que continham o assunto “educação em saúde”, publicados em 2009 no periódico Interface. O método utilizado para orientar a leitura foi inspirado na proposta de Deleuze em *Nietzsche e a Filosofia*. O autor entende que a ciência se apresenta sob três formas: uma **sintomatologia**, uma **tipologia** e uma **genealogia**. As propostas educacionais privilegiam o diálogo e estão direcionadas à autonomia dos pacientes em relação à saúde. A identificação nos grupos, no entanto, conduz ao apagamento da diferença, desvalorizando experiências individuais.

**Palavras-chave:** educação em saúde, filosofia da diferença.

**Abstract:** The aim of this study is to recognize concepts related to health education. We have read all the scientific articles published in 2009 at Interface, that contained the subject “health education”. The method was inspired in the proposal of Deleuze in *Nietzsche and the Philosophy*. The author understands

---

1 Mestre em Educação, professora do Departamento de Saúde Coletiva da UFMT, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFMT.

2 Voluntária de Iniciação Científica da UFMT.

3 Voluntária de Iniciação Científica da UFMT.



that science is presented by three ways: a symptomatology, a typology and a genealogy. The educational proposals privilege the dialogue and are directed to the autonomy of the patients. The identification in the groups, however, leads to the deletion of the difference and devaluation of individual experiences.

**Keywords:** health education, philosophy of the difference.

## APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O entendimento de que o profissional de saúde é também educador pode ser confirmado pelo fato de que um dos elementos constituidores do trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam na Atenção Básica está na Educação em Saúde (Brasil, 1997 e 2001). A Portaria do Ministério da Saúde n. 648, de 28 de março de 2006 (Brasil, 2006), revisa diretrizes e normas para a Atenção Básica. Este documento contempla, entre as atribuições dos profissionais do Programa de Saúde da Família, o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção à saúde com a comunidade e nas visitas domiciliares, atividades estas permeadas por um caráter educativo.

No entanto, questiona-se o modelo que tem norteado as ações educativas realizadas. De acordo com Alves e Nunes (2006), este modelo reforça uma relação assimétrica e autoritária entre profissionais e usuários. Estes são considerados carentes de qualquer informação acerca da saúde ou como se tivessem saberes equivocados. Partindo desta concepção, os profissionais de saúde se imbuem da tarefa de transmitir informações com status de verdade para que os usuários adquiram hábitos e comportamentos saudáveis.

O trabalho educativo desenvolvido nessas bases boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e os afasta do processo de transformação social através do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde (Vasconcelos, 2004). Explicita-se, portanto, a necessidade de outros conceitos de sustentação para a prática educativa em saúde.



O papel do profissional de saúde como educador tem sido discutido por diversos autores. Victor Valla (1999) ressalta a relevância da educação popular no dinâmico processo saúde-doença; Vânia Sampaio Alves (2006), por sua vez, aponta a consulta clínica também como espaço educativo, que, mesmo individual, pode estar permeado pela dimensão do coletivo.

Rosana Onocko e Gastão Wagner Campos (2006) trazem para a discussão acerca das finalidades da política, da gestão e do trabalho em saúde a temática da co-construção da autonomia do usuário. Para além de produzir saúde ou, ainda, incluída nesta função, caberia ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos sujeitos.

Assim, o ato educativo deve ser entendido por seu caráter formativo, ou seja, capaz de proporcionar a construção do conhecimento com possibilidade de aplicação em diferentes situações da vida. Nesse sentido, a Educação em Saúde deve desenvolver com o usuário e com as comunidades, autonomia para assumir hábitos saudáveis e aplicar as orientações a diferentes contextos de sua vida, sendo hábil para identificar as situações em que haja necessidade de autogestão e as situações de limite, em que seja necessário buscar auxílio profissional.

O olhar para as práticas educativas em saúde deve ser entremeado pela perspectiva de promoção da saúde. Pode ser entendido tal olhar como a construção de uma visão de totalidade do processo saúde-doença, postando-se como prática emancipatória, que proporciona bem-estar biopsicossocial e espiritual dos sujeitos (Westphal, 2006). Ainda Westphal (2006) enfatiza, neste processo, o envolvimento de estratégias de ação política, promoção de espaços saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e, em destaque, o empoderamento da população, tanto no cuidado da própria saúde quanto no diálogo da comunidade com os profissionais do serviço e com as instâncias gestoras. A promoção da saúde inclui, no foco do empoderamento da população, a co-construção de autonomia e emancipação, envolvendo o contexto de vida diário dos sujeitos e suas relações mais ampliadas.

Ressalta-se, neste sentido, a importância do desenvolvimento do cuidado de si mesmo (Campos, 2006) e, ao mesmo tempo, da participação política dos grupos. Estas são estratégias de transformação da realidade, no sentido da garantia da saúde como direito de todos (Paim, Almeida Filho, 1998).

Tanto o cuidado de si quanto a participação política têm seu desenvolvimento originado nos processos educacionais. Ainda assim, a postura autoritária e prescritiva do profissional de saúde acaba por distanciar-se destas metas e por trazer dependência do usuário e da comunidade em relação ao serviço e ao profissional.

A proposta aqui descortinada caminha para o reconhecimento da educação como elemento fundamental no processo de promoção da saúde, desde que tomada como construtora da autonomia do usuário. Sobre este tema, assumimos o referencial histórico-cultural do desenvolvimento humano de Lev Vygotsky, que apresenta a perspectiva dos processos de interação-interlocução como fundamentais para que haja aprendizado, portanto, formação para a emancipação. O autor entende que o papel do “outro” é fundamental na construção da autonomia do sujeito. Por este olhar, os trabalhos educativos em saúde se revestem de relevância ainda maior e os modos como ocorrem se tornam decisivos na conquista dos resultados quanto à melhoria da saúde e garantia da qualidade de vida.

Autores da área de Saúde Coletiva, por notarem a importância da temática Educação em Saúde, têm engendrado artigos com resultados de pesquisas e estudos realizados. O conhecimento daí resultante, veiculado em importantes periódicos do campo da Saúde, pode ser analisado no que toca às teorias do conhecimento em que se baseiam. Nossa impressão é de que há questões que merecem investigação tendente a avaliar a relação entre as propostas para a atuação do profissional como educador, os fundamentos teóricos apresentados e as concepções sobre o conhecer (teoria do conhecimento) daí estabelecidas.

Nesse sentido, o estudo tem como objetivo geral o reconhecimento de conceitos e práticas de educação em saúde circulantes na literatura da área de saúde acerca do tema “educação em saúde”. Os objetivos específicos são a retomada de estudos já realizados sobre educação em saúde, presentes em artigos publicados em periódicos da área; identificação de temas abordados nos artigos; detecção da teoria do conhecimento que fundamenta os trabalhos e análise das concepções sobre o processo educativo em saúde, presentes nos textos.

## APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa completa deve ser realizada tendo como alicerce a leitura de todos os artigos científicos, publicados em 2009, que contenham o tema “educação em saúde”, publicados em periódicos de maior circulação nacional da área de Saúde Coletiva, quais sejam: *Physis*, *Ciência e Saúde Coletiva*, *Interface* e *Revista de saúde Pública (USP)*. No total, são catorze textos para análise.

Para este estudo, impomos-nos a fazer um recorte. Escolhemos iniciá-lo pelos artigos publicados na revista *Interface: comunicação, saúde e educação*. Durante o ano de 2009, este periódico publicou quatro artigos com o tema “educação em saúde”.

Fizemos a leitura e a discussão dos textos lidos, coadjuvados por outros participantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Didática, Filosofia e Formação do Educador (GEDFFE) – IE / UFMT. O método utilizado para orientar a leitura dos textos em apreço, notadamente os conceitos neles apresentados, foi inspirado no movimento analítico efetivado por Gilles Deleuze em *Nietzsche e a Filosofia* (2001). Para ele, há um método que pode ser proposto às Ciências Humanas, assentado na abordagem nietzschiana das questões da cultura e da Filosofia. Entende que a ciência se apresenta sob três formas que, neste momento do projeto, serão a base de sua realização: **sintomatologia**, **tipologia** e **genealogia**.

A sintomatologia exige que se modifique a questão “o que é?” para “o que quer?”. Assim, deixa-se de descrever a coisa, e passa-se a colocá-la em movimento, como vontade, uma vez que todo fenômeno é uma vontade de potência (DELEUZE, 2001). Neste estudo, esquadrimos as concepções sobre o conhecer e identificamos o que querem estas concepções e a que elas remetem.

Na tipologia, busca-se a qualificação da força que se apodera da coisa (conceito). As forças que compõem um fenômeno podem ser ativas ou reativas (se reagem à outra força). Aqui, foram pinçados os tipos de forças que compõem os conceitos identificados.

O procedimento de genealogia avalia a origem das forças. Procura as fontes, o percurso de constituição da concepção de conhecer ilustrada no



texto. Neste estudo que trata das noções circulantes sobre o processo de conhecer em saúde, foram caracterizadas as forças mais contundentes na definição dos termos aí envolvidos e que identificam os conceitos.

## DISCUSSÃO

Em referência à sintomatologia e à genealogia, concluímos que o texto de César Favoreto e Cristiane Cabral (2009) desafia narrativas sobre o processo saúde-doença de participantes de um grupo de portadores de doenças crônicas. Ressalta que as narrativas contêm ligações entre a identidade da pessoa, sua experiência do adoecimento e a cultura em que se insere. O grupo se propõe a ser informativo, reflexivo e a desenvolver a autonomia dos pacientes. Para tanto, há incentivo para que os temas em discussão sejam trazidos pelos participantes e contemplem os aspectos que envolvem sua experiência de saúde-doença.

O estudo observou se as pessoas, com base na vivência dialógica, ampliavam os significados do processo saúde-doença para além da visão biomédica. De acordo com os autores, os processos dialógicos no grupo permitem a construção de saberes e significados mais amplos do que o oferecido pela relação médico-paciente na clínica. Ainda, contribuem para a autonomia do paciente, bem como para novas formas de compreender e de se comportar em relação a seu corpo.

A teoria do conhecimento, presente na descrição do trabalho educativo em saúde neste estudo, é entrecortada pela noção de que o diálogo é o que cria condições para que o conhecimento ocorra. Por isso o investimento em espaços abertos ao debate e à livre expressão dos participantes.

O texto de Mônica de Assis e outros autores encarta o tema da avaliação em promoção da saúde do idoso. Tem como foco um núcleo de atenção ao idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ. Os participantes se inserem em grupos e passam por avaliações de saúde individuais. Tendo por objeto a promoção do envelhecimento saudável, os trabalhos educativos estimulam “processos participativos e reflexão-ação



sobre a relação corpo–saúde–vida, buscando integrar o fazer individual e coletivo na busca pelo bem-estar”. (p. 368).

Assim, os autores deslindaram as influências do programa sobre o desenvolvimento do autocuidado e de bem-estar dos participantes e pontuaram bons resultados, tanto nas narrativas quanto nas avaliações individuais.

Tomando como referência os métodos da Educação Popular em Saúde, o texto estampa, na dinâmica da pesquisa, a noção de que o conhecimento em saúde resulta de processos participativos de reflexão-ação, privilegiando, portanto, os espaços de agrupamento para a constituição de saberes ligados à saúde.

O trabalho de Alice da Costa Uchôa discute os sentidos da integralidade no trabalho desenvolvido no Programa Saúde da Família, especialmente em dinâmicas que contam com criatividade e sensibilidade dos profissionais. Vinca o necessário diálogo entre o saber biomédico e outros saberes, tendo em vista a compreensão da totalidade do outro, a quem se oferece o cuidado.

O estudo apresenta práticas que apontam para o rompimento com o modelo biomédico da atenção e para práticas alternativas como arte, teatro e atividades físicas, entre outras. Estas atividades se lançam como possibilidade de mudança de viés e ampliação da atuação da equipe com o usuário do PSF.

A análise de experiências inovadoras do cuidado em diferentes programas demonstrou que, nas concepções sobre integralidade, se destaca seu caráter pedagógico emancipatório e a ampliação do cuidado (escuta, acolhimento e vínculo).

Ao fazer referência ao movimento de Educação Popular em Saúde, a autora entreabre uma teoria do conhecimento que faz alusão à educação em saúde como espaço dialógico (o conhecer se dá alicerçado na interlocução) e solidário. Esta concepção põe a lume a necessidade de criarem contextos dialógicos entre os atores envolvidos, tendo em linha de conta que se propicie a construção e a difusão de novos conhecimentos.

Considerando a necessária superação da transmissão linear do conhecimento, a autora direciona para o uso de outras linguagens, com criatividade e inclusão de aspectos culturais próprios dos indivíduos e grupos.

Nos três primeiros artigos, cada autor assina determinados conceitos relacionados com o processo educativo em saúde. Apesar das diferenças, todos valorizam o trabalho educativo como fundamental à promoção da saúde, frisam importância de superar a visão biomédica da atenção ao usuário e às comunidades e aportam componentes inovadores no que respeita à abordagem no processo educativo em saúde.

Parecem, no entanto, focalizar uma noção de que o aprendizado em saúde se dá predominantemente no coletivo, ancorado numa forma específica de desenvolvimento deste trabalho. Há um empenho para que cada participante dos grupos educativos se identifique com o outro e que o grupo ofereça suporte para a conquista das atitudes necessárias à saúde.

Desse ponto de vista, ao procedermos à *tipologia*, entendemos que as forças que predominam no trabalho educacional em saúde são do tipo reativo. A força reativa se caracteriza pela busca por adequação, em reação a outras forças aí presentes. Os preceitos ensinados definem normas para o bem viver e se caracterizam muito pouco como um caminho criativo e escolhido por cada um. Explicamos a seguir, recorrendo ao trabalho *Crítica da razão prática* de Immanuel Kant (2003).

O autor desenvolve a noção de que proposições fundamentais são as que têm determinações universais da vontade. Têm sob si regras. “A regra prática é sempre um produto da razão, porque ela prescreve como visada a ação enquanto meio para um efeito” (p. 69).

As proposições podem ser máximas quando são consideradas subjetivas e servem “para mim”. Já as proposições que se formam fundadas nas regras que expressam a necessidade da ação, são consideradas objetivas e constituem um imperativo categórico, ou seja, um “dever-ser”. São leis práticas que servem a todos.

Os artigos estudados trazem à tona um problema presente no campo da Saúde, especificamente da Saúde Coletiva. A busca pela promoção da saúde pode tornar-se imperativo, à medida que estabelece um “dever-ser” para quem deseja ter saúde e, mais ainda, um conjunto de leis para aqueles que devem desejar ter saúde.

O trabalho de Alves e Nunes (2006) abarca narrativas prescritivas de médicos, a definição de projetos terapêuticos sem a participação do paciente, ênfase nos danos resultantes da não adesão à prescrição, não escu-

ta, em meio a outras características que fazem a atenção à saúde se tornar imperativo.

Deparamos, portanto, com um problema – a vontade do outro –, e não temos a pretensão de solucioná-lo aqui. No entanto, é importante assinalar a existência desse imperativo categórico, que circunscreve a pessoas em condição de desvio e irregularidade quando classificadas em uma patologia ou em uma situação especial. Pode-se assim questionar se, dessa forma, é possível construir a autonomia desejada com os pacientes.

As atividades educativas, ao que percebemos neste estudo, têm reforçado um instinto gregário, que se materializa no acolhimento pelo grupo. As pessoas se identificam umas com as outras num sentido que deve ser olhado com cautela: o hipertenso vê sua vida na vida do outro hipertenso, tem a sensação de que esta é igual à sua. Esta identificação dá força e ânimo tendente a seguir as regras para ter saúde e conviver com a doença crônica. A questão que se expõe é o apagamento da diferença. A identificação no grupo que, por um lado, dá força, por outro coletiviza a experiência individual.

Herlich (2004) descortina a experiência do adoecimento como a mais social e mais individual de todas as coisas. Na esfera pública, saúde e doença aparecem como tema político: há preocupação pública com o bem-estar social, com as epidemias e com a saúde coletiva. De outro norte, tida doença pode ser considerada como um papel social, e seus sentidos são social e culturalmente constituídos. No entanto, “o corpo ainda pertence ao domínio privado” (p. 384). As sensações do corpo são de domínio individual, envolvendo até mesmo o sigilo de cada um em relação aos rituais cotidianos.

De uma parte, o corpo é socialmente edificado e tem seus usos sociais. É objeto de interação com o meio social (Ferreira, 2008). De outra, a experiência de adoecimento é tão individual, que as pessoas podem ter a mesma doença e experimentá-la de formas diferentes (Nunes, 2000). A origem dessas percepções é social, uma vez que foram constituídas nas relações e nas redes de sentidos culturalmente formadas. Ainda assim, o sofrimento é de cada um.

Jaqueline Ferreira (1994) também enseja a noção de saúde e doença como construção social, porém sobreleva as sensações e caracterizações delas pelo paciente. Enfoca a dor como experiência do campo individual. A autora arquiva relatos de diferentes pessoas em relação à sua dor, como

“pontada no peito”, “ferroada que dá de um lado para o outro”, “parece que corre uma água gelada” (p. 109 e 110). Estas narrativas ilustram o caráter íntimo da dor, ao mesmo tempo em que remetem à sua origem e a seus impactos no meio sociocultural.

A experiência individual do adoecimento também é salientada por Georges Canguilhem: “Em última análise, são os doentes que geralmente julgam – de pontos de vista muito variados – se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo (2009, p. 81). É preciso dar voz às pessoas, ressaltando o valor da diferença, em vez de apagá-la.

O artigo de Ricardo Ceccim e Emerson Merhy encarece uma leitura diferenciada em relação à Política Nacional de Humanização e ao trabalho educativo em saúde envolvido em sua efetivação. Questiona as condutas do tipo “diagnóstico-prescrição e condutas coletivas” e avança para a valorização da clínica como espaço de encontro com o outro. Propõe um movimento que vai da serialização à singularização. Ou seja, sem perder a dimensão coletiva. É preciso saber do individual, da diferença.

A ideia dos autores, em sua leitura do “corpo sem órgãos” de Gilles Deleuze (2004), é a de que os trabalhadores da saúde participem da produção da vida, “ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para criar um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver” (p. 540).

O corpo é o que a pessoa faz e experimenta, e um experimento não se faz para o outro nem pelo outro, mas se faz para si. Substituir a interpretação pela experimentação é saber fazer para si um corpo sem órgãos, para além da organização orgânica, porém inteiro e próprio (DELEUZE, 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões ponderadas, com apoio na leitura e análise dos artigos sobre educação em saúde, remetem à reflexão sobre as abordagens do campo da saúde em meio às pessoas.

As propostas educacionais entreabertas pelos artigos privilegiam o diálogo e estão direcionadas à autonomia dos pacientes e à formação de

saberes que os ajudem a lidar com a própria saúde. A identificação nos grupos, no entanto, pode revelar o aspecto de apagamento da diferença, com a desvalorização da experiência pessoal.

A atenção se faz à pessoa que sabe de si e sabe de seu corpo. Se bem assim, o profissional da saúde, em dados momentos, divide com ela a responsabilidade pelo cuidado. Este trabalho aponta para a possibilidade de superação do modelo puramente protocolar e prescritivo da Saúde e para a valorização da diferença em relação à experiência de saúde e adoecimento, tendo em vista a atuação em parceria na criação da vida de cada um.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S.; NUNES, M.O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface – comunicação, saúde, educação*. Botucatu, v. 10, n. 19, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 29 maio 2008.

ASSIS, M.; HARTZ, Z.M.A. PACHECO, L.C.; VALLA, V.V. Avaliação do projeto de promoção do Núcleo de Atenção ao Idoso: um estudo exploratório. *Interface: comunicação, saúde e educação*. v. 13, n. 29, p. 367-382, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 jun. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 648, de 28 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, p. 53-92.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface: comunicação, saúde e educação*. V. 13, supl. 1, p. 531-542, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 jun. 2010.

DELEUZE, G. *Nietzsche e a filosofia*. Porto, Portugal: Rés Editora, 2001.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V. 3, São Paulo: Editora 34, 2004.

FAVORETO, C.A.O.; CABRAL, C.C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. V. 13, n. 28, p. 7-18, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 jun. 2010.

FERREIRA, F.R. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. *Interface: comunicação, saúde e educação*. V. 12, n. 26, p. 471- 483, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2009.

FERREIRA, J. O corpo sógnico. In: ALVES, P.C; MINAYO, M.C.S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. 1994, p. 101-112.

HERLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis: revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 14 (2), p. 383-394, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2009.

KANT, I. *Crítica da razão prática*. 1ª edição bilíngue, São Paulo: Martins Fontes, 2003.

NUNES, E.D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 217 – 229 (Saúde em Debate).

ONOCKO, R.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, p. 669-688.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, V. 32, n. 4, p. 299-316, 1998 (artigo especial).

UCHÔA, A.C. Experiências inovadoras de cuidado no Programa saúde da Família: potencialidades e limites. *Interface: comunicação, saúde e educação*. V. 13, n. 29, p. 299-311, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 jun. 2010.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*. V. 15, supl. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 4 abr. 2008.

VASCONCELOS, E. M.. *Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa em saúde*. *Physis*. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-84, 2004.

VIGOTSKI, L.S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WESTPHAL, M. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, p. 635-667.