

ATIVIDADES EDUCATIVAS COM GRUPOS DE IDOSOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

EDUCATIONAL ACTIVITIES WITH GROUPS OF ELDERLY PEOPLE IN A FAMILY HEALTH UNIT

ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS CON GRUPOS DE ANCIANOS EN UNIDADES BASICAS DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA FAMILIA

JANAÍNA FONSECA VICTOR¹
NEIVA FRANCENELY CUNHA VIEIRA²

Objetivou-se neste estudo descrever as atividades educativas desenvolvidas com grupos de idosos em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF). Estudo descritivo com abordagem qualitativa, onde os dados foram coletados por meio de entrevistas e observação participante. Os resultados encontrados revelaram que os grupos são formados por pessoas portadores de doenças crônicas degenerativas, os encontros são semanais, as atividades focalizam a mudança de comportamento individual e adoção de hábitos saudáveis, com ênfase na realização de atividades físicas. A educação em saúde representa um elemento essencial para formação da consciência crítica individual e coletiva, contudo observou-se que existem reservas e dificuldades de inseri-la numa perspectiva interdisciplinar e de responsabilidade de toda equipe de saúde da UBASF.

UNITERMOS: Serviços de saúde para idosos; Educação em saúde; saúde do idoso; Saúde Comunitária.

The aim of the study was to describe methods of educational activities developed for groups of elderly people in the Basic Units of Attention to Family Health. It is a descriptive study using a qualitative approach, in which the data were collected through interviews and participant observation. Data analysis focused on the strategies used to gather and to develop group activities, and on the topics discussed in the meetings. The groups consisted of people suffering of degenerative chronic diseases. The weekly group meetings aim at the individual change of behavior and lifestyle, emphasizing the practice of physical activities. Health education represents an essential element for individual and collective critical awareness. However, there are difficulties to take health education actions based on an interdisciplinary view, what must be regarded as a responsibility of all the members of the team of health professionals in the Basic Units of Attention to Family Health

KEY WORDS: Health education; Elderly people's health; Community health

El objetivo de este estudio es describir las actividades educativas desarrolladas con grupos de ancianos en Unidades Básicas de la Salud de la Familia (UBASF). Estudio descriptivo y cualitativo cuyos datos se recogieron en las entrevistas y en la observación participativa. Los resultados revelaron que los grupos están formados por personas portadoras de enfermedades crónicas degenerativas; los encuentros son semanales, las actividades están enfocadas a los cambios de comportamiento individual y la adopción de hábitos sanos, enfatizando la realización de actividades físicas. La educación en la salud representa un elemento esencial para la formación de la conciencia crítica individual y colectiva, sin embargo, se observó que existen reservas y dificultades para inserirla en una perspectiva interdisciplinaria y de responsabilidad de todo el equipo de salud de la UBASF.

PALABRAS CLAVES: Educación en la salud; Salud del anciano; Salud comunitaria.

¹ Mestre em Enfermagem Comunitária pela Universidade Federal do Ceará, Enfermeira Assistente MEAC, Especialista em Saúde da Família, Doutoranda em Enfermagem, Membro do Grupo FAMEPE.

² PhD pela Universidade de Bristol – área de concentração Educação em Saúde. Docente da Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará. Membro do Grupo FAMEPE.

INTRODUÇÃO

O Brasil será o 6º país do mundo em número de idosos, com cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Projeções para o período de 1960 a 2020 indicam uma taxa de crescimento da população idosa de 760%. Este segmento poderá chegar a quase 15% do contingente populacional em 2027, superando o número de crianças, e adolescentes com 14 anos ou menos. As previsões para a população de idosos revelam, que terão baixo nível educacional, viverão em áreas urbanas, com baixa renda familiar. Esse quadro econômico e social da população idosa, soma-se ao fato de que na medida em que aumenta a expectativa de vida, torna-se freqüente o aparecimento de doenças crônico-degenerativas¹.

O modo como o processo de envelhecimento é visto, na sociedade capitalista, negligencia o cuidado ao idoso, haja vista, que o mesmo não representa mais a força de trabalho para produzir o capital. Tal consideração chama a atenção dos profissionais que lidam com esta população, no sentido de criar estratégias educativas, que venham contribuir para a qualidade de vida e de integração social no mundo da terceira idade².

Dados do informe epidemiológico do Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizam que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi a primeira causa de morte entre os idosos brasileiros, nestas últimas décadas: em 1980 com 44,7%, 1991- 40% e em 1996 – 38,1% do total de óbitos. Entre as principais doenças do aparelho circulatório, há um predomínio das doenças cerebrovasculares, seguidas pelas doenças isquêmicas do coração³.

Neste contexto, evidenciou-se a necessidade de se trabalhar com esta população, principalmente, no que diz respeito às ações de educação em saúde, no sentido de promover ações, voltadas para o interesse e as necessidades dos clientes, para que esses possam fazer suas escolhas sobre os seus comportamentos, de acordo com suas capacidades e valores culturais.

Estas mudanças visam, outrossim, fortalecer os indivíduos, para as mudanças de ordem pessoal e de atuação em grupo³.

O Ministério da Saúde atribui importante destaque da educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de

doenças no contexto da atenção primária, especialmente, nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF)^{4,5}.

Diante da relevância social que o grupo de idosos representa, principalmente, no acesso e garantia dos cuidados de saúde, este estudo investiga as atividades de educação em saúde com idosos, realizadas no contexto das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF).

METODOLOGIA

Estudo do tipo descritivo de abordagem qualitativa, que investiga como os enfermeiros desenvolvem ações de educação em saúde com grupos de idosos, nas unidades básicas de saúde da família, examinando como os grupos de idosos são organizados e quais as estratégias para mantê-los presentes nas atividades da UBASF.

Consideramos a definição de idoso contido no art. 2º da Lei nº 8.842/94 (aquele indivíduo com 60 anos ou mais). É importante ressaltar que não existe conceito universalmente aceitável com relação ao envelhecimento e a demarcação de velhice pela idade cronológica é apenas uma convenção⁶.

O presente ensaio configura-se em um estudo de caso, pois trata de um tema singular (educação em saúde com grupos de idosos), de forma aberta, flexível e contextualizada que tem valor em si mesmo⁷.

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, o qual está constituído de seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que correspondem a uma divisão administrativa estabelecida pela Lei municipal nº 8.000/97⁸.

As UBASF que participaram do estudo, estão localizadas na Secretaria Executiva Regional III (SERIII), esta é campo de estágio para alunos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE) da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Os sujeitos foram os enfermeiros do Programa Saúde da Família, que desenvolvem atividades de educação em saúde com grupos de idosos.

Como pré-requisito inicial, os enfermeiros deveriam desenvolver atividades educativas com grupos e estar, há pelo menos 02 anos, na UBASF, uma vez que é necessário um período para implantação da equipe, análise situacional da área, cadastramento das famílias, organização e plane-

jamento das atividades. Dos 18 enfermeiros lotados na SER III, cinco atendiam aos pré-requisitos do estudo.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista e observação participante. Este tipo de associação traduz-se como meio mais eficaz, na pesquisa qualitativa⁹.

As possibilidades para organização e análise dos dados, em um estudo de caso, incluem a utilização de técnicas analíticas, tais como, dispor as informações em séries diferentes e em ordem cronológica e criar modos de apresentação de dados¹⁰.

Assim, os dados foram organizados considerando a ordem dos eventos, como o planejamento das ações educativas acontece. Dispõe-se, pois, a descrição dos dados apresentados na forma a seguir: mobilização dos idosos para formação dos grupos, desenvolvimento dos grupos de educação em saúde e registro e acompanhamento da atividade do grupo.

As unidades foram identificadas pelas letras A, B, C para cada grupo investigado, as falas apresentadas no texto são designadas pelo termo enf, quando se trata de enfermeiro e usuário, quando se refere aos participantes do grupo.

A condução do estudo obedeceu a todas as exigências éticas que envolvem o processo de pesquisa com seres humanos¹¹, enviado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Grupos de Idosos nas Unidades Básicas de Saúde da Família

Foram encontrados nas UBASF três grupos de idosos com uma média de 60 participantes; cada grupo tem um nome em particular, contudo, neste estudo são chamados de grupo A, B e C.

O grupo A, formado há dois anos, possui 46 participantes, dos quais, 85% são mulheres, 76% dos participantes não sabem ler ou escrever, 92% são portadores de hipertensão arterial e 19% de diabetes mellitus.

O grupo B, formado há um ano e meio, possui 81 participantes, dentre os quais 94% são mulheres, 78% são hipertensos e 21% são diabéticos, 88% não são alfabetizados.

O grupo C, formado há um ano, possui 74 idosos; contudo, 89% são mulheres, 77% não sabem ler ou escrever, 84% são hipertensos e 8% são diabéticos.

Quanto aos procedimentos de mobilização das pessoas para participarem do grupo, as enfermeiras utilizam-se das informações dos prontuários familiares da UBASE.

A reunião de pessoas em grupo, em razão de uma necessidade sentida, foi o ponto inicial de ações educativas nas UBASFs, visto que, isto garante a possibilidade de afirmação de um compromisso entre os seus participantes. O fato de partilhar situações e problemas semelhantes contribuiu para a criação de um clima de convivência de grande valor terapêutico, pois cada um pode verbalizar barreiras pessoais e sociais, trocar sugestões e experiências sobre os problemas vivenciados¹².

Através dos agentes de saúde, por ocasião das visitas domiciliares, formalizam convites (verbais ou escritos), junto aos usuários que irão compor o grupo, o que pode ser observado na fala a seguir:

O agente de saúde é uma pessoa impar no seguimento do grupo, ele participa do convite, da elaboração de alguma estratégia, participando também das atividades (enf) Eles têm um poder de convencimento trazem as pessoas para participarem, as pessoas confiam nele. (enf)

No primeiro encontro os usuários chegam à unidade de saúde, com hora e dia marcados pelas enfermeiras, onde são informados do desejo de formar, na UBASE, um grupo de idosos, como também, os objetivos dos mesmos. As enfermeiras, também, solicitam dos clientes/usuários, que expressem as suas expectativas.

Neste primeiro encontro, as ações educativas em saúde são planejadas, com base nas necessidades e demandas de saúde, identificadas pelas enfermeiras, pelo exame das ocorrências prevalentes no grupo, como, por exemplo, a não adesão ao tratamento medicamentoso, resistência a práticas de atividades físicas, práticas alimentares inadequadas e erro no uso da medicação prescrita.

DESENVOLVIMENTO DOS ENCONTROS NOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Inicialmente, os temas escolhidos para as reuniões dos grupos, ancoravam-se na baixa adesão ao tratamento de diabetes e hipertensão. Foi este quadro que conduziu

muitos clientes/usuários a apresentarem picos hipertensivos, acidente vascular cerebral e descompensação dos diabetes.

Nesse entendimento, os grupos surgem nas UBASF's como estratégia viável, para melhorar a adesão, o controle e tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, bem como, de introduzir mudanças no estilo de vida das pessoas, para a promoção da saúde, o que pode ser verificado na fala, a seguir:

(...) a gente não sabia como resolver esse problema da falta de controle tanto na hipertensão como do diabetes, então pensamos que o grupo poderia ser uma boa alternativa. Depois que começamos, a gente viu que realmente era uma boa saída(...), acabou superando as expectativas. (enf)

Embora as enfermeiras tenham formado os grupos em razão do perfil das necessidades imediatas dos clientes, evidenciamos preocupação, no sentido de incluir atitudes valorativas, como auto-estima, cidadania e qualidade de vida. O que pode ser demonstrado nas falas a seguir:

É bom, ver o sorriso no rosto deles as brincadeiras, o espírito de amizade, é como se eles se sentissem mais felizes, mais capazes e importantes (...) (enf)

A gente se preocupa também em ir mais longe, caminhar um pouco mais quem sabe o grupo não é uma sementinha de algo maior, talvez eles possam superar com o grupo obstáculos pessoais e sociais e que sozinhos, não conseguiriam (...) (enf)

Um aspecto positivo, nas estratégias de educação em saúde destes grupos, refere-se à oportunidade do grupo de conhecer e utilizar outros recursos comunitários, como associações de moradores, centros sociais, quadra de esportes, campo de futebol e o clube do bairro.

Estes recursos são utilizados para os encontros dos grupos, realização de atividades físicas, festas em datas comemorativas (quadrilhas, baile de máscaras, festas natalinas, dia das mães, dia dos pais, dia do idoso).

A incorporação dos recursos acima citados ao cuidado de saúde encontrados nestes grupos fortalece o exercício

da cidadania, pois transcende os espaços da unidade de saúde, reforçando as redes sociais de apoio comunitário. Isto, também, possibilita o conhecimento e reconhecimento, por parte do grupo de que a promoção da saúde transcende os espaços da unidade de saúde e reforça a utilização de outros equipamentos da comunidade. É o reforço da intersectorialidade, tão esperada no Sistema Único de Saúde.

Sendo a educação em saúde, atividade essencial do cuidado de enfermagem, as ações devem superar a história natural das doenças, sob o ângulo de uma compreensão causal, unidirecional, acrítica e descontextualizada. Esta exige uma visão ampliada de saúde, na qual as ações dos profissionais de saúde transcendam a noção de cura das doenças, dentro do paradigma clínico, incluindo estratégias que conduzam à capacidade de autonomia de indivíduos e grupos^{2,12}.

Tendo-se superado a fase de ordem imediata e já com uma interação mais próxima com o grupo, outros temas foram introduzidos, enfocando-se a prevenção e promoção da saúde, como: osteoporose, qualidade de vida, colesterol, obesidade, alimentação e prevenção de quedas.

Dita de outra forma, a educação em saúde, como prática social abre canais de comunicação entre profissionais e clientes/usuários, para melhorar a compreensão do estado de saúde-doença, discutir causas, riscos, e mudanças possíveis (às vezes, temporárias ou permanentes). Trata-se, então, inspirado na pedagogia Freiriana, de não ensinar normas de condutas, mas dialogar e apreender um conhecimento pertinente à realidade cultural de cada pessoa envolvida. Esta prática social de educação em saúde, rompe com padrões prescritivos normativos que têm direcionado os modelos de saúde até hoje^{13,14}.

Mesmo com as dificuldades estruturais observadas, como espaço físico inadequado para reuniões e/ou acúmulo de atividades, as enfermeiras procuraram criar um ambiente de descontração entre os participantes dos grupos, que, na maioria das vezes, sorriam com frequência, brincavam uns com os outros e demonstravam gostar das atividades que realizavam, principalmente, alongamento, ginástica e relaxamento. Os depoimentos seguintes, refletem alguns desses momentos:

(...) só vou mexer a cintura depois que eu achar ela, porque doutora faz tempo que eu perdi a minha (...) (usuária)

De primeiro eu fazia tudo isso agora, não presto pra nada, quando eu era nova eu descia até o chão, mas agora se descer não volto mais. (usuária)

Obá, agora é a hora do xote, um forrozinho é bom demais, obá tá na hora de balançar o esqueleto. (usuário)

A manifestação do cuidado espiritual, também, era valorizada pelas enfermeiras, que se preocupavam em desenvolver uma atividade de caráter holístico e humanístico. O grupo sentia a necessidade de manifestar os sentimentos religiosos, portanto, em absolutamente todos os encontros era rezado o Pai-nosso¹⁵.

Devido à regularidade dos encontros, havia um clima de identidade e vínculo no grupo, laços de amizade foram criados e fortalecidos, todos se conheciam e se chamavam pelo nome, favorecendo uma formação da rede de solidariedade no grupo. Depoimentos de justificativa de ausência e visitas entre eles eram comuns. O grupo se sentia parte da unidade e a unidade e profissionais sentiam-se parte do grupo. Esse vínculo reforça os laços entre os profissionais de saúde com os clientes/usuários participantes do grupo, refletindo em outros cenários do cuidado, como nas consultas e visitas domiciliares, como ilustra os relatos a seguir:

Eles conhecem a gente, a gente também os conhece nós sabemos onde eles moram, conhecemos seus familiares é uma relação muito, muito próxima (...) (enf)

Você observa que a comunidade passa a ver você com outros olhos, como um profissional diferente, aquela é Dra. do Grupo...você não é mais a enfermeira da equipe, você passa a ser vista primeiro como a pessoa do grupo,... eu acho que isso se deve ao fato que, eles se sentem importantes. (enf)

Ao examinarmos as ações de educação em saúde nestas UBASF's, destacam-se nas intervenções estratégias educativas, conteúdos e objetivos voltados para o autofortalecimento pessoal e mudança de comportamento.

Para os participantes do grupo houve oportunidade de conhecimentos e habilidades necessárias para prevenção de doenças e/ou promoção de suas capacidades pes-

soais, embora com limitada articulação com a realidade social e suas condições de vida e existência. A meta é restabelecer o equilíbrio que a doença ou seu risco de adoecer podem trazer para os indivíduos e grupos.

Por outro lado, reconhecemos que a introdução de atividades que incorporam situações sociais e culturais na vida dos participantes, como, por exemplo, celebração de datas comemorativas e religiosas, a promoção de atividades físicas e recreativas, passeios, conversas, bate-papos, representam um avanço dessa prática de educação em saúde, dado o corte epistemológico do paradigma biomédico, dando ênfase ao autofortalecimento pessoal, que objetiva melhorar a capacidade de autonomia dos participantes¹⁶.

REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DA ATIVIDADE DE GRUPO

Como forma de monitorar as atividades de grupo, as enfermeiras dispõem de livro de registro, com dados de identificação dos participantes (nome, idade, endereço, agente de saúde, se tem ou não alguma patologia, uso de medicamentos, peso, dados sobre escolaridade). Há, também, registro das atividades desenvolvidas, onde são descritos os tópicos e o aprazamento das reuniões posteriores. Há, ainda, evidência destas atividades documentadas em forma de fita de vídeo, fotografias e livro de frequência. A duração do encontro é em torno de 1 a 2 horas de atividades e os encontros são semanais.

No livro de registro, foi evidenciado um baixo número de faltosos (em torno de 10%), o que representa um indicativo de adesão positiva para esta atividade em grupo. Na ocorrência de faltas faz-se uma busca ativa no sentido de identificar o porquê da ausência; alguns participantes informam com mensagens escritas ou verbais, a justificativa de sua ausência. Não foi relatado pelas enfermeiras nenhum uso de instrumento de avaliação formal específico, para esta atividade, o que é lamentável, pois poderia ser um instrumento valioso para os futuros planejamentos das atividades.

Um fato importante, identificado neste estudo, foi a frequência de outros idosos, que foram atraídos pelos participantes do grupo, este fato demonstra que, embora não tenham uma situação clínica (hipertensão ou diabetes)

presente, os idosos valorizam ações que promovem hábitos saudáveis, como evidenciado na fala a seguir:

Eu tô aqui porque eu sei que é importante a gente caminhar, não sou doente não, caminhar faz bem pro coração, faz bem até para os nervos, eu me sinto outra pessoa depois que comecei a caminhar. (usuário)

Esta abertura tem causado, para as enfermeiras da unidade, algumas dificuldades na condução desse trabalho de grupo, como por exemplo, a escolha das dinâmicas que envolvam a participação de todos, dado o número crescente de participantes como ilustra a fala a seguir:

Eu acho que o sucesso do grupo está também relacionado ao seu tamanho, um grupo muito grande é difícil de realizar as atividades, mas não dá para excluir esse ou aquele, as pessoas querem participar e a cada dia mais gente vem, e sinceramente não sei o que fazer com tanta gente. (enf)

Não evidenciamos, neste estudo, atividades interdisciplinares na condução dos procedimentos educativos, como parte das atribuições regulares da equipe. A presença de outros profissionais é ocasional, incluindo-se aqui os agentes de saúde. Um planejamento baseado no diálogo entre os profissionais e entre estes e a população, provoca decisões numa perspectiva dialógica e democrática, favorecendo a participação, fortalecimento comunitário e o exercício concreto da cidadania¹⁴.

CONCLUSÕES

A ação coletiva é a meta que deve ser buscada na educação em saúde/ promoção de saúde. Entretanto, muitos profissionais que desenvolvem esta atividade, mantêm-se nos modelos de comportamento individual, com predomínio nas atividades técnicas, sem contextualizar as questões da saúde na sociedade.

Outro aspecto que nos chama a atenção refere-se ao fato de que, mesmo que as atividades educativas sejam realizadas em grupo, não observamos dinâmicas que levem

aos participantes desse grupo a agirem de forma coletiva, dentro da comunidade, nas instituições e nas políticas públicas, que é a meta desejada para as ações educativas.

Percebemos a necessidade urgente de valorizar a educação em saúde e as formas de implementá-la, como essenciais, no trabalho das equipes do PSF, valorizando a capacitação e participação de todos, nessa atividade, tanto quanto para as outras áreas de atendimento clínico. Entendemos que dessa forma, as ações do PSF podem assegurar a promoção da saúde.

O estudo permitiu, ainda, visualizar, que passos iniciais, embora isolados, estão sendo dados, como por exemplo, a compreensão de educação em saúde, que extrapola aspectos puramente biológicos, e a adoção de estratégias que valorizam a auto-estima e a utilização de outros recursos comunitários, embora não sejam, ainda, a expressão de formação de parcerias.

Os trabalhos com grupos de idosos, que possuem encontros regulares, formados por pessoas com característica comuns, favorecem e facilitam processos educativos, uma vez que permitem a troca de experiências, a descontração, a possibilidade de interação com pessoas que possuem os mesmos problemas, contribuindo para um clima terapêutico, aproximando, não só os participantes entre si, mas os participantes com a Unidade Básica de Saúde da Família e como profissional.

Entendemos, assim, que essas ações educativas devem ser estimuladas no trabalho das equipes do PSF, como parte integrante de suas atividades. Em face do exposto, consideramos que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para maior reflexão sobre a prática educativa no PSF, não só dos enfermeiros, como também, dos demais profissionais da equipe e gestores, ampliando, assim, o conhecimento sobre a educação em saúde e as formas de implementá-la.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICK. Saúde na família e na Comunidade. São Paulo: Robe Editorial; 2002.
2. Bretas ACP. O significado do processo de envelhecimento no mercado de trabalho e suas implicações na saúde

- dos (as) trabalhadores (as). *Texto & Contexto enfermagem*, Florianópolis 2001 maio/ago; 10(2):34-51.
3. Costa MFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações públicas brasileira. *Inf Epidemiol SUS* 2002 jan/mar; 8(1) 23-4.
 4. Campos GWS. Considerações sobre a arte, a ciência da mudança: revolução das coisas e reformas das pessoas, o caso da saúde. In: Cecílio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC; 1994. p. 29-87 (Saúde em Debate. Série Didática, 76, 3).
 5. Santos SSC. *Enfermagem gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa*. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
 6. Levys S. O programa de educação em saúde [online]. [Acessado em 2000 out 10]. Disponível em: <<http://www.gov.br/programaseprojetos>>.
 7. Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.
 8. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Lei nº 8000, de 29 de Janeiro de 1997. Dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Fortaleza; 1997.
 9. Dias MS. *Cuidado especial de enfermagem na pessoa portadora de insuficiência renal crônica*: Fortaleza: UFC; 2001.
 10. Miles M, Huberman AM. *Qualitative data analysis: as expended sourcebook*. 2nd. London: SAGE; 1994.
 11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 196/96 – Decreto nº 93 933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos, *Bioética* 1996; 4(2 supl.):15-25.
 12. Gonzaga AA. *Educação popular em saúde: do permitido monólogo da doença às ações coletivas dialógicas em saúde*. [dissertação]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. 91f.
 13. Vieira NFC. *Issues in the implementation of a school-based HIV/AIDS: I Bristol, Education Project in Fortaleza, Brasil*. [thesis] London: University of Bristol of Education; 1998. 261f.
 14. Naidoo J, Wills J. *Health promotino: foundations for practice*. London: BaiHiere Tindal Royal College of Nursing; 1994.
 15. *Bíblia Sagrada: Europe multimedia*. Col Thetos. Associação Cultural; 2001. CD rom.
 16. Briceno-Leon R. *Bienestar, Salud pública y cambio social*. In: Briceno-Leon R, Minayo MC, Coimbra E organizadores. *Salud y equidad: um mirada desde las ciencias sociales*. A. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 15-24.

RECEBIDO: 23/04/04

ACEITO: 20/06/05