



Artigos Originais

Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico cultural

Health education and treatment adherence in the historical cultural

Silvana Maria Coelho Leite Fava¹

Zigmar Borges Nunes²

Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves³

Maria Suely Nogueira⁴

¹ Professor Adjunto, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

² Professor Assistente, Universidade Paulista/Ribeirão Preto.

³ Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

⁴ Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESUMO - A necessidade de melhor compreensão do homem inserido no seu contexto sócio-histórico e cultural tem fomentado os profissionais da área da saúde, entre os quais destaca-se o enfermeiro, à busca por outros referenciais além dos biológicos. Discorremos com base na abordagem de Vygotsky, sobre questões teóricas diante de dois casos concretos de acompanhamento de portadores de doenças crônicas com dificuldade de adesão ao tratamento, extraídos de uma pesquisa fundamentada nos referenciais da antropologia e do método etnográfico, realizada com portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, cadastrados em Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do interior de Minas Gerais. Para Vygotsky, a apreensão e a interpretação dos conhecimentos - como a internalização dos cuidados, e a implementação desses sob a forma de autocuidado - não ocorrem de forma imediata. Constatamos a importância do processo de interação mediado pelo contato pessoal e eletrônico, com conversações dialógicas, como método eficaz para as ações de educação em saúde, propiciando ação transformadora e ressignificação do cuidado.

Palavras chave: Pesquisa Metodológica em Enfermagem, Educação em saúde, Adesão, Relações interpessoais.

ABSTRACT - In order to better understand human beings inserted in their social, historical and cultural contexts, professionals, mainly nurses, have instigated the search for a referential other than the biological. Under the light of Vygotsky's theory of cognitive development, we discourse important theoretical questions in the face of two concrete cases of carriers of chronic ailments having difficulties to adhere to treatment. The cases were extracted from a research based on references of anthropology and ethnographic method carried on with Systemic Arterial Hypertension patients registered in a Family Health Strategic Unity in the interior of the state of Minas Gerais. For Vygotsky, the apprehension and interpretation of knowledge - such as internalization of care and its implementation as self-care - do not occur immediately. We verified the importance of the interaction process mediated by personal and virtual contact, by means of conversations, as an effective method for educational actions in healthcare, favoring both transforming actions and ressignificance of healthcare.

Keywords: Nursing Methodology Research, Health Education, Adhesion, Interpersonal Relations.

1. INTRODUÇÃO

Esse artigo tem por finalidade discorrer sobre questões teóricas diante do acompanhamento de pessoas portadoras de condições crônicas que apresentam dificuldade na adesão ao tratamento, destacando a abordagem histórico-cultural de Vygotsky como referencial teórico para as práticas em educação em saúde.

Os problemas para adesão ao tratamento não se restringem apenas à esfera física e à terapia farmacológica, mas também estão implícitas nesse processo, a experiência de vida e a subjetividade no modo de pensar e agir do sujeito diante do processo de adoecimento.

A enfermagem como profissão dedicada ao cuidado humano, tem a educação como um importante eixo norteador para o desenvolvimento de sua prática.

A educação está presente na formação de recursos humanos para saúde, na educação permanente em serviço e nas ações educativas de saúde desenvolvidas

Autor correspondente

Silvana Maria Coelho Leite Fava

Universidade Federal de Alfenas.

R. Gabriel Monteiro da Silva, 700

Alfenas (MG) – CEP: 37130-000

Telefone: (035) 32914589

E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br

Artigo encaminhado 07/06/2011

Aceito para publicação em 10/09/2011

a pessoa e a coletividade.

As mudanças que têm ocorrido nestes últimos anos na profissão de enfermagem, no tocante a melhor compreensão do ser inserido no seu contexto sócio-histórico e cultural, têm fomentado estes profissionais de saúde a buscarem outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que as ações necessárias para a adesão a tratamentos e cuidados a longo prazo estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida das pessoas¹. Diante desta realidade, faz-se necessária a apropriação de teorias para fundamentar o processo educacional no campo da saúde.

Contudo, ainda existe um grande distanciamento entre os projetos educativos desenvolvidos pelos enfermeiros nos serviços de saúde e as necessidades da população². Este distanciamento já deveria ter sido superado, uma vez que as competências deste profissional para atuar nessa realidade, foram amplamente discutidas em Fóruns de Graduação quando da aprovação das Diretrizes Curriculares em 2001, que estabelece a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior adequarem a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira³.

Nossas reflexões coadunam com Santos; Frota; et al⁴ ao reconhecer a complexidade do processo de adesão ao tratamento, pois envolvem o engajamento do usuário, a forma de apreender a doença, o tratamento e o cotidiano, sua rede de apoio social e os modelos de saúde e de enfrentamento das adversidades por ele construído ao longo da existência.

A adesão ao tratamento constitui um desafio não apenas para o portador de adoecimento crônico, mas, sobretudo, para os profissionais de saúde, ao lidar com contextos culturais e sociais tão diversificados e singulares próprios do ser humano.

Essas características peculiares precisam ser resgatadas e valorizadas no planejamento das ações voltadas para a educação em saúde.

Frente a este contexto, destacamos os objetivos da Educação em Saúde, estabelecida pela Scientific Group on Research in Health Education (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde - OMS): “desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva⁵.”

Ressaltam ainda, que a educação em saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária.

Esse olhar para educação em saúde requer que a prática educativa vise ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas, sobretudo pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Faz-se necessário o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade⁶.

A prática da Educação em Saúde requer do profissional de saúde, e principalmente de enfermagem, por sua proximidade com esta prática, uma análise crítica da sua atuação, bem como uma reflexão de seu papel como educador³.

Como já dizia L'abbate⁷ a estratégia valorizada por este modelo é a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

Contudo, o cotidiano da prática profissional revela a dificuldade dos enfermeiros em estabelecer diálogos, parcerias e referenciais teórico-metodológicos para o estabelecimento de processos pedagógicos de fato efetivos.

É frequente ainda, o desenvolvimento das atividades baseadas nas palestras prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Adotam rotineiramente o processo de ensino verticalizado, no qual apenas o profissional de saúde detém o conhecimento.

No entanto, tal modelo de educação já se mostrou inviável e sem resultados para melhoria das condições de saúde da população. A justificativa pauta no princípio de que, sem compreender o que as pessoas pensam e se sente diante de seus problemas de saúde, não se pode promover o processo educativo para a mudança e a sustentação de um estilo de vida

saudável. É preciso considerar que o indivíduo é dono de um saber relacionado intimamente com sua história de vida e suas experiências, construindo conceitos e concepções para adotar uma posição diante das situações.

Seu saber não é considerado científico, o que não significa que não tenha valor. Pelo contrário, todos têm saber, todos têm valor. O valor que é dado ao saber individual é aquele que traz o cotidiano implícito nas relações humanas, fortalecendo os vínculos entre as pessoas e promovendo o cuidado entre elas⁸.

Encontramos também em Budó; Saupé⁹ o resgate da valorização cultural e a importância do conhecimento do senso comum para o cuidado, ao mencionar que as especificidades culturais precisam ser consideradas, buscando alternativas de cuidados mais aproximadas entre o cuidado profissional e o popular, algumas vezes mantendo, outras negociando e outras remodelando o cuidado cultural.

Ayres¹⁰ coloca o desafio para os profissionais de saúde, de forma a criar condições para que se torne possível a fusão de horizonte entre o ponto de vista dos profissionais de saúde e 'os projetos de felicidade' da população. Dessa forma, busca implementar a auto-educação, na qual existe a participação intencional do educando em procurar influências capazes de lhe modificar o comportamento e submeter-se a elas.

É preciso reconhecer que no campo do cuidado, há uma face de subjetividade, que é o modo singular como a pessoa vê o mundo e sua experiência diante ao processo de adoecimento. Frente a essa premissa, com vistas a mudanças de comportamento, e consequentemente a adesão ao tratamento, é preciso nas ações de educação em saúde, trabalhar tanto as dimensões cognitivas como subjetivas.

2. OBJETIVO

Este artigo tem como objetivo discutir, a partir do referencial histórico-cultural de Vygotsky, as mudanças de atitude dos portadores de hipertensão arterial sistêmica em relação à doença e ao tratamento.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada nos referenciais da antropologia interpretativa¹¹, da antropologia médica¹² e do método etnográfico¹¹ realizada com portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Para esse artigo foram trazidos dois casos

(cujos nomes apresentados são fictícios), extraídos do levantamento que englobou 22 portadores cadastrados em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de uma cidade do interior do sul de Minas Gerais, Brasil, para a tese de doutorado em desenvolvimento pela primeira autora, com o objetivo de compreender os significados da experiência da doença e do tratamento entre portadores de hipertensão arterial sistêmica. Os casos aqui selecionados revelavam, conforme histórico dos prontuários, as dificuldades na convivência com o adoecimento e com adesão ao tratamento e os indícios de complicações, que motivaram outro olhar dos pesquisadores na busca pela compreensão do modo de pensar e agir diante ao adoecimento. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, observação de campo, diário de campo, análise de prontuário, receituário e resultados de exames.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alfenas sob o nº 018/2010.

Após esclarecimento sobre os objetivos do estudo, assegurado o anonimato por nomes fictícios a escolha dos colaboradores, eles ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. RESULTADOS

O primeiro caso a ser discutido sob a perspectiva da abordagem histórico-cultural trata-se de Mateus, 34 anos, com diagnóstico, há quatro anos, de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de alto risco, com prescrição de terapia farmacológica contínua. Contudo, a última vez que fez uso da medicação hipotensora, ainda de forma irregular, já fazia 2 anos. Nossos encontros aconteciam semanalmente, com duração média de 40 minutos, por um período de seis meses. Para compreender um pouco mais sua forma de pensar e agir frente ao adoecimento, deixamos a princípio nossos conhecimentos profissionais em suspenso. Os assuntos abordados eram diversos, como futebol, histórias do bairro e relatos da sua infância. No entanto, quando referia à importância do tratamento, não apenas farmacológico, mas, sobretudo, o não farmacológico, ele se mostrava arredio, com promessas futuras de adesão ao tratamento.

Na sua concepção, a doença é causada pelo nervoso, não requer tratamento dado ao seu caráter assintomático. O consumo de bebida alcoólica, a

dificuldade de acesso à medicação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a falta de receita médica constituíam suas principais dificuldades na adesão. Não praticava atividades físicas, sua atividade era sentar-se no banco da praça junto a seus companheiros, principalmente os que também consumiam bebida alcoólica. Encontrei-o por duas vezes em estado de embriaguez. Em um desses encontros ele me abordou na rua, e mais uma vez, se comprometeu tanto a buscar pelo atendimento médico como também parar de beber. Passado alguns dias, ele vem ao meu encontro sorridente e apresentou a receita médica, e ainda ressaltou que não mais tivera ingerido bebida alcoólica, o que foi confirmado mais tarde pela mãe. Desde então, ele tem demonstrado mais interesse pelo autocuidado, refere uso rotineiro da medicação hipotensora e tem buscado a unidade de saúde semanalmente, para o controle dos níveis pressóricos, inclusive apresenta com orgulho, sempre nos nossos encontros, o cartão de controle da pressão arterial. Sempre tecemos elogios e nossa satisfação perante suas mudanças.

O segundo caso trata-se de Máisa 16 anos portadora de Diabetes Mellitus e HAS de grau leve, há 10 anos, com dificuldades na adesão, principalmente no tocante ao tratamento não farmacológico. Apresenta peso corporal acima do preconizado pela idade, pouco comunicativa, gosta de ouvir músicas e contatar amigos por rede social midiática, não gosta de práticas esportivas, delicia-se com sorvetes e pizzas. Não faz o regime alimentar conforme recomendado, tendo como justificativa os hábitos da família, sentir-se bem, inexistência de sintomas e não vê a necessidade de restrições. Realiza a glicemia capilar de forma irregular, uma vez que as fitas são caras, mas se recusa a ir à unidade de saúde próxima de sua casa, nem tampouco aferir a pressão arterial, nem nas consultas com o endocrinologista. Essa foi uma das experiências mais significativas e enriquecedoras, uma vez que, a cada encontro buscávamos estratégias por meio de comunicação oral ou escrita, inclusive deixamos nosso endereço eletrônico, para estabelecer nossa interação de forma eficaz.

No entanto, elas se mostraram ineficazes e nossas conversações quase sempre eram monológicas. Afastamos propositalmente por alguns dias, para repensar nossa forma de atuação. Contudo, fomos surpreendidas com o contato eletrônico pela MSN (Rede Microsoft de Serviços), o qual ela questionava nossa ausência e ainda tecia comentários sobre autocuidado, como: “eu fazia tudo errado, eu não sabia que não podia andar descalça, eu pensava que a

diabetes era por causa de outra coisa”, pois tinha lido nos panfletos que nós lhe entregamos em um dos nossos encontros. Iniciou-se assim uma interação mais efetiva nessa modalidade. Nos encontros presenciais, contudo, continuava a comunicação monológica.

5. DISCUSSÃO

Esses casos permitiram-nos rever a importância da relação interpessoal como ação transformadora e a ressignificação do cuidado realizada por essas pessoas.

Buscamos no referencial histórico-cultural, elementos para nossa compreensão sobre as situações narradas, uma vez que para Vygotsky, a apreensão, a interpretação dos conhecimentos, com internalização dos cuidados, e a implementação desses sob a forma de autocuidado, não ocorrem de forma imediata. O autor afirma que, “todas as funções superiores originam-se das relações reais entre indivíduos humanos¹³”. Para que haja a internalização dos cuidados, capaz de ser incorporado em um novo sistema com suas próprias leis requer, o estabelecimento de uma relação contínua.

Assim, o processo mediado pela linguagem desencadeia a interiorização do construído bem como a exteriorização, por meio das palavras, das ações e das mudanças de comportamento¹⁴.

No relato do primeiro caso, a interação prolongada a partir de assuntos diversos, aliada à relação de confiança garantiram o estabelecimento de vínculo, o que lhe possibilitou expressar de forma clara a experiência vivida e ressignificar os cuidados com a saúde.

Para Vygotsky a internalização dos sistemas de signos produzidos culturalmente provoca transformações comportamentais e estabelece um elo entre as formas iniciais e tardias do desenvolvimento individual.

Assim, o mecanismo de mudança individual ao longo do desenvolvimento tem sua raiz na sociedade e na cultura. Ele vê o aprendizado como um processo profundamente social, ao enfatizar o diálogo e as diversas funções da linguagem na instrução e no desenvolvimento cognitivo mediado.

Constatamos que a cultura permeia a construção do significado da doença para o colaborador do primeiro caso, uma vez que ele atribui à HAS, o nervoso como causa da doença. Nas dificuldades para a não adesão ao tratamento estão implícitos tanto os fatores culturais como sociais, ao justificar a ausência

de sintomas, o consumo de bebidas alcoólicas e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

De maneira brilhante Vygotsky¹³ estendeu o conceito de mediação na interação homem-ambiente pelo uso de instrumentos, ao uso de signos. Os sistemas de signos (a linguagem, a escrita, o sistema de números), assim como o sistema de instrumentos, são criados pelas sociedades ao longo do curso da história humana e mudam a forma social e o nível de desenvolvimento cultural dos indivíduos.

Neste contexto é importante ressaltar, que o meio eletrônico-MSN, apresentado no relato do segundo caso, constituiu o instrumento mais adequado para o processo de interação, na medida em que possibilitou melhor comunicação entre a colaboradora e a pesquisadora.

O uso de signos conduz os seres humanos a uma estrutura específica de comportamento que se destaca do desenvolvimento biológico e cria novas formas de processos psicológicos enraizados na cultura.

Vygotsky considera os estímulos auxiliares como altamente diversificados, os quais incluem os instrumentos da cultura, a linguagem das pessoas que se relacionam e os instrumentos produzidos pelo próprio indivíduo, incluindo o uso do próprio corpo. Os signos externos, com o uso e com o tempo, transformam-se em signos internos, e essa internalização, dos sistemas de signos produzidos culturalmente, provoca transformações no modo de pensar e agir¹³.

Para Vygotsky¹³ a fala tem um papel essencial na organização das funções psicológicas superiores. O momento de maior significado no curso do desenvolvimento intelectual, que dá origem às formas puramente humanas de inteligência prática e abstrata, acontece quando a fala e a atividade prática, então duas linhas completamente independentes de desenvolvimento, se convergem.

A fala adquire uma função sintetizadora, a qual, por sua vez, é instrumental para se atingirem formas mais complexas da percepção cognitiva.

Retomando o processo de desenvolvimento, podem-se distinguir duas linhas qualitativamente diferentes de desenvolvimento, diferindo quanto à sua origem: de um lado, os processos elementares, que são de origem biológica; de outro, as funções psicológicas superiores, de origem sociocultural.

A história do comportamento da pessoa nasce do entrelaçamento dessas duas linhas, por meio do uso

de instrumentos e da fala humana. Na história do comportamento, esses sistemas de transição estão entre o biologicamente dado e o culturalmente adquirido.

Vygotsky¹³ ressalta que ao longo do desenvolvimento, surgem sistemas psicológicos que unem funções separadas em novas e complexas combinações. Muitos educadores não reconhecem esse processo social, essas maneiras pelas quais um aprendiz experiente pode dividir seu conhecimento com um aprendiz menos avançado. O não reconhecimento limita o desenvolvimento intelectual de muitos estudantes, suas capacidades são vistas como biologicamente determinadas, não como socialmente facilitadas.

Apreendemos que esta realidade não diverge das práticas relacionadas à educação em saúde, uma vez que o conhecimento do senso comum não é valorizado pelos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, subestima a subjetividade do outro que traduz seu modo singular de pensar e agir.

Esta perspectiva fundamentada apenas no modelo biomédico tende a valorizar apenas a doença e não o doente portador da doença.

A saúde deve ser entendida não como a ausência de sintomas físicos, mas trata-se de um processo subjetivo em que se constroem modelos de corpos que têm formas e funcionalidades mediadas pela cultura¹. Por outro lado, a doença não é apenas um conjunto de sintomas físicos universais, é traduzida como uma experiência peculiar mediada pela cultura¹⁵. Encontramos nesta perspectiva a relevância da subjetividade mediada pela cultura na interpretação dos significados relacionados ao processo saúde-doença e a doença como um processo sócio-cultural.

Um indivíduo tem a capacidade de expressar e compartilhar com os outros membros de seu grupo social o entendimento que ele tem da experiência comum ao grupo, enfatizando que ao longo da história o homem também afeta a natureza, transformando-a, criando para si novas condições naturais de existência¹³.

Diante destes postulados apresentados pelos princípios vygotskianos, devemos reconhecer que os homens são participantes ativos e vigorosos da sua própria existência e que a cada estágio de seu desenvolvimento, adquire os meios para intervir de forma competente no seu mundo e em si mesmo.

De acordo com relato de caso de Mateus, constatamos que a participação ativa e o

comprometimento com os cuidados à saúde, devem-se principalmente ao vínculo, ao acolhimento e à conversa qualificada a partir de um processo de interação prolongada.

Diferente do relato de Maísa, que ainda não atingiu seu estágio de desenvolvimento para reconhecer-se como portadora de adoecimento crônico, que requer a participação ativa para o cuidado com a saúde.

Este estágio está em processo de construção, a jovem já sinaliza por meio do MSN suas preocupações, porém ainda não assume sua condição.

Reconhecemos diante dessas reflexões que o modelo proposto para educação em saúde deve privilegiar as conversações dialógicas, as singularidades no modo de pensar e agir do ser humano, o saber do senso comum e a interação, de forma que as tecnologias leves¹⁶ constituam o eixo norteador do processo de trabalho em saúde.

Imbuídos desses princípios, a educação em saúde tem como objetivo principal a transformação de saberes capaz de produzir ressignificações para os cuidados com a saúde.

Cabe ressaltar que a intencionalidade de construir estratégias educativas que permitam possibilidades de transformação das condições de vida nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentidos, demanda apreender, compreender e dialogar com a multiplicidade de aspectos que modulam as crenças, os hábitos e os comportamentos dos indivíduos e grupos com os quais interagimos.

A produção de experiências voltadas ou não para condições de risco estaria associada, principalmente, às relações intersubjetivas que se estabelecem na experiência de re-construção de padrões culturais validados socialmente e à problematização do espaço/tempo social no qual as nossas práticas educativas estão situadas¹⁷.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde.

Ainda que os casos ilustrem diferentes níveis de adesão, tais reflexões revelam a importância do

processo de interação mediado pelo contato pessoal (mesmo que eletrônico), com conversações dialógicas, como método eficaz para a efetividade das ações de educação em saúde, propiciando ação transformadora e ressignificação do cuidado realizada por essas pessoas.

É importante também ressaltar que ao colocar os discursos profissionais em suspenso, é possível compreender os sentidos atribuídos à convivência com o adoecimento crônico e suas dificuldades na adesão ao tratamento, bem como indicar novos sentidos e significados.

Agradecimento

Estudo desenvolvido com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) sob o Processo Nº 143026/2009-7

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto contexto – enferm* 2007; 16(2): 307-14.
2. Budó MLD, Saupe R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação de enfermeiros. *Rev bras enferm* 2004; 57(2): 165-9.
3. Oliveira MAC. (Tese livre-docência)- Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
4. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. *Texto contexto – enferm* 2005; 14(3): 332-40.
5. Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, et al. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm < Acesso em 11.06.2011 >
6. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc saúde colet* 2007; 12(2): 335-4.
7. L'abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saude Publica* 1994; 10(4): 481-90.
8. Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT et al. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev enferm UERJ* 2006; 14(1): 32-6.
9. Budó MLD, Saupe R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. *Texto contexto – enferm* 2005; 14 (2): 177-85.
10. Ayres JR. Sujeito, Intersubjetividade e práticas em saúde. *Ciênc saúde colet* 2001; 6(1): 63-72.
11. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora; 1989.
12. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
13. Vygostky, L. Formação Social da Mente. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda; 1991.
14. Thofehrn MB, Leopardi MT. Construtivismo sócio-histórico de Vygostky e a enfermagem. *Rev bras enferm* 2006; 59(5): 694-98.
15. Langdon EJ. Cultura e processos de saúde e doença. In: Anais do 1º Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença; 2003 Out 13-6;

Londrina, Brasil. Londrina (PR): VIGISUS/FNS/MS; 2003. p.91-107.

16. Merhy, EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Teixeira SMF (org.) Democracia e Saúde a Luta do Cebes. São Paulo: Lemos; 1997. p.125-42.
17. Meyer DEE, Mello DF, Valadão, MM, et al. "Você aprende. A gente ensina?"interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saude Publica 2006; 22(6):1335-42.