
Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil

Health education: historical aspects in Brazil

Tatiana Carvalho Reis¹, Maria Fernanda Santos Figueiredo¹, Luís Paulo Souza e Souza², José Rodrigo da Silva³, Anna Karenina Martins do Amaral⁴, Romerson Brito Messias⁵, Maísa Tavares de Souza Leite¹, João Felício Rodrigues Neto¹

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG, Brasil; ²Programa de Pós-Graduação em Saúde do Trabalhador da Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; ³Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG, Brasil; ⁴Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis-MG, Brasil; ⁵Departamento de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas, Montes Claros-MG, Brasil.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo conhecer os aspectos históricos da educação em saúde no Brasil. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada nas bases de dados MEDLINE, SciELO e LILACS no período de 2002 a 2011. Realizou-se a busca com o descritor educação em saúde. Também foram consultados livros-textos contemporâneos de especialistas da área de educação sobre a temática. Verificou-se que a princípio no campo da saúde adotou-se um Modelo Tradicional de Educação, que objetiva transmitir à população o conhecimento científico. Nas décadas de 1970 e 1980, houve a forte influência das idéias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos. Diante disso, as práticas educativas no campo da saúde começaram a realizar-se no sentido de apontar novos rumos, passando a interagir os saberes científicos e popular. No entanto, apesar das discussões da necessidade de transformação da prática profissional voltada para o diálogo, parece que elas não estão sendo revertidas para ações práticas. Portanto, em consonância com o novo modelo de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se imprescindível repensar em medidas que sensibilizem os profissionais de saúde a desenvolverem ações de educação em saúde de forma dialógica, que instiguem a participação dos usuários no controle e planejamento da saúde da comunidade.

Descritores: Educação em saúde; Educação; Aprendizagem; Atenção à saúde; Gestão em saúde

Abstract

The present study aimed to understand the historical aspects of health education in Brazil. This is a review of the literature, held in the databases MEDLINE, SciELO and LILACS in the period 2002 to 2011. Search took place with the descriptor health education. Were also consulted contemporary textbooks of specialists in the field of education on the subject. It was found that the principle in the field of health adopted a traditional model of education, which aims to transmit scientific knowledge to the population. In the 1970 and 1980, there was the strong influence of the ideas and conceptions of Paulo Freire on the participation of the population in educational process, through the same by exposure of their contents. On the educational practices in the health field began to take place in order to pinpoint new directions, passing the scientific knowledge interact and popular. However, despite the discussions of the need for transformation of professional practice-oriented dialogue, it seems that they are not being reversed for practical actions. Therefore, in line with the new health model advocated by the Single Health System (SUS) becomes essential to rethink in measures to sensitize health workers to develop health education activities so dialogic dynamics, that instigate the participation of users in the planning and community health.

Descriptors: Health education; Education; Learning; Health care (Public health); Health management

Introdução

Educação em saúde constitui um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que tem a finalidade de promover a saúde e atuar na prevenção de doenças¹⁻². Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, com auxílio dos seus profissionais, pode alcançar a vida cotidiana das pessoas³.

Objetiva integrar os saberes científico e popular, na tentativa de colaborar com o indivíduo para uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano¹.

Deve ser compreendida ainda como um espaço em que a população pode refletir criticamente, valorizando de forma coletiva as suas formas de aprender, apreender e explicitar os saberes da vida em sociedade e em família⁴.

O processo de educar em saúde pode ser entendido também como um diálogo que se estabelece entre as pessoas, com o objetivo de mobilizar forças e motivação para mudanças, seja de comportamento, de atitude ou de adaptações às novas situações de vida⁵, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população⁴.

As atividades de educação em saúde potencializam o alcance da melhoria qualitativa dos serviços ofertados, a democratização do conhecimento, a utilização de tecnologia simplificada e a participação da população na definição dos problemas de saúde e das prioridades e estratégias a serem implementadas⁶, sendo considerada como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde⁷⁻⁸.

Destaca-se que a educação em saúde se constitui em instrumento essencial na construção histórica da

assistência integral requerida na Atenção Primária à Saúde⁹.

O objetivo deste trabalho foi analisar as publicações que enfocam o histórico da educação em saúde no Brasil a partir da busca nas principais bases de dados no período de 2002 a 2011 e nos livros-textos contemporâneos de especialistas da área de Educação.

Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura, a qual foi elaborada a partir da busca e análise de vários estudos acerca dos aspectos históricos da educação em saúde no Brasil.

A revisão bibliográfica inclui artigos de periódicos eletrônicos, publicados nos anos de 2002 a 2011, indexados nas bases de dados do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*). Também foram consultados livros-textos contemporâneos de especialistas da área de educação sobre a temática. Para a seleção dos artigos incluídos na revisão utilizou-se o descritor educação em saúde.

Após a leitura de títulos e resumos, foram considerados para essa análise os artigos que nos possibilitaram conhecer os aspectos históricos da educação em saúde no cenário brasileiro.

Resultados e Discussão

Para que se contextualizem os aspectos históricos da prática de educação em saúde, faz-se necessário abordar os aspectos históricos e culturais da Educação.

Historicamente, é sabido que seres humanos ensinam e aprendem mutuamente, sua própria humanidade¹⁰. Esse conhecer denominado intuitivo é dominado pelos indivíduos, por se crescer numa mesma cultura e compartilharem uma mesma experiência. O conhecer surge de uma relação entre sujeitos, de modo que o conhecimento corresponde ao entendimento, que tais sujeitos estabelecem sobre algo no mundo¹¹. Sob esse aspecto, muitas informações foram consideradas como “desde sempre sabidas” e não se questionava que tipo de saber era esse¹⁰.

A civilização ocidental desenvolveu uma forma de pensar e de agir que se tornou predominante no mundo moderno, a racionalidade técnica, sendo que a concepção da ação educativa estava baseada na neutralidade, orientando a teoria de educação da escola tradicional e, por conseguinte, o Modelo Tradicional de Educação¹⁰.

Tal modelo adota a transmissão do conhecimento e experiência do educador, atribuindo uma importância suprema ao conteúdo ensinado, esperando que os educandos o absorvam sem modificações e o reproduzam fielmente¹². É definida como educação bancária, em que o papel do educador consiste em “encher” os educandos de conteúdos, fazendo depósitos de conhecimentos que ele considera como verdadeiro. Nessa visão, os homens são seres passivos, de forma

que cabe à educação apassivá-los e adaptá-los ao mundo¹³.

Na Europa, na segunda metade do século XIX, houve a presença de epidemias que acometiam a sua população, associadas às condições de vida. Realizavam-se ações de disciplinamento das classes populares com difusão de regras de higiene e de condutas morais, adotando o Modelo Tradicional de Educação no campo da saúde³.

Nos Estados Unidos, já em 1919, o termo Educação Sanitária (*Health Education*) é proposto numa conferência internacional sobre crianças, em que as noções de higiene são propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais, mas com uma orientação comportamentalista¹⁴.

No Brasil, do século XIX até meados do século XX, a prática educativa em saúde também estava relacionada às regras e às normas de prevenção de doenças, através da orientação de discurso higienista e intervenções normalizadoras, em virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos^{1,3,15}.

Na década de 20, com a urbanização crescente das cidades, os problemas de saúde se diferenciaram e se agravaram, havendo a necessidade de maior atuação do Estado sobre as populações. Emerge a denominada “Educação Sanitária”¹⁵. Acontecimento ilustrativo desse momento foi a polícia sanitária liderada por Osvaldo Cruz, que utilizou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com a finalidade de controlar a disseminação de doenças. O Estado exercia sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de obedecerem as normas estabelecidas^{1,3,16}.

Nessa concepção de educação, o pensar e a ação são controlados, levando os homens ao ajustamento ao mundo, desfavorecendo-os de criar e de atuar. Os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador, comprometendo a qualidade do conhecimento. Os educandos são levados a enxergar a sua realidade com a ótica do educador e não com a sua, por meio da invasão cultural, que é indiscutivelmente alienante. Quanto mais alienados se tornarem os educandos, melhor para a estabilidade dos educadores¹³.

Nesse modelo, as práticas educativas abordam a doença e a intervenção curativa, sendo fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença. As informações são verticalizadas e a comunicação não acontece facilmente, com pouca ou nenhuma interação com os educandos^{3,17}, o que também foi verificado atualmente em um estudo realizado na Estratégia Saúde da Família da cidade de Sobral¹⁸.

A relação entre educador e educando é geralmente assimétrica e paternalista³, definindo como os educandos devem enfrentar seus problemas de saúde¹⁹. Para os educadores tradicionais, a ignorância absoluta da população pode não lhe permitir outra coisa, senão receber os seus ensinamentos¹³. Para tais educadores é de

responsabilidade do educando o fracasso do ensino, sendo o responsável único pelos danos sanitários vividos¹⁰.

Esse tipo de abordagem educativa enfatiza a responsabilidade individual referente à mudança de hábitos ou de estilos de vida, limitando-se ao repasse de informações^{3,20}.

A partir de 1940, uma importância relativa passa a ser observada no sentido de envolver os indivíduos no processo educativo³, com a criação da Fundação SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública). O SESP teve grande influência na ideologia do desenvolvimento de comunidade, participação comunitária e educação de grupos. No entanto, a doença ainda é percebida como fenômeno individual e a educação sanitária como solução para prevenir doenças e ganhar saúde¹⁵.

Em 1960, com advento da Medicina Comunitária, verificou-se um apelo à participação da comunidade para a solução dos problemas de saúde nela vivenciados. Contudo, por trás desse apelo de participação comunitária, parecia camuflar-se o mesmo discurso da culpabilidade, passando da individualidade para a coletividade³.

Durante o Regime Militar, as práticas educativas no campo da saúde permaneceram inexpressivas em virtude da limitação dos espaços institucionais para sua realização³. No entanto, a Ditadura Militar de 1964 criou, contraditoriamente, condições para emergência de várias experiências de práticas educativas em saúde, que significavam uma ruptura com o padrão de imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelas elites políticas e econômicas^{1,9}. Nesse período se conforma a educação em Saúde Pública ou simplesmente educação em saúde e, com frequência, educação para a saúde¹⁴.

Nas décadas de 1970 e 1980, num cenário nacional de abertura política, houve a forte influência das idéias e concepções de Paulo Freire sobre a participação da população no processo educativo, através da exposição dialogada de seus conteúdos¹. Tal participação popular estava em consonância com os princípios do SUS, instituído na década de 80⁹.

Diante disso, as práticas educativas no campo da saúde começaram a realizar-se no sentido de apontar novos rumos, apresentando um deslocamento do paradigma das mudanças comportamentais por meio da informação para o paradigma das ações educativas participativas, interagindo os saberes científicos e popular¹. Sob esse ângulo, a educação para saúde refletiu-se no bojo da promoção da saúde com novas concepções²¹.

Dentre os movimentos que tiveram início em 1970, que buscavam romper com a tradição autoritária e normalizadora da relação entre os serviços de saúde e a população, destacou-se o movimento da Educação Popular em Saúde²¹. Nesse contexto, contrapondo a concepção bancária de educação, tem-se a educação problematizadora, que afirma a dialogicidade e se faz dialógica¹³.

O educador problematizador proporciona aos edu-

candos as condições em que se dê a construção criativa e reflexiva do conhecimento²². Nessa perspectiva, o educador não pode obrigar o educando a aprender, já que aprender é uma atividade que acontece no educando, com o auxílio do educador, sendo transformado no processo¹².

O educando tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo, também, adotar ou não novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Por isso, não basta apenas sugerir normas e/ou recomendações de como ter mais saúde e evitar doenças⁷.

A proposta de aprendizagem desde Aristóteles é que deva partir da experiência dos educandos e levá-los a refletir sobre essa experiência¹⁰, uma vez que o conhecer surge da relação entre sujeitos, com o conhecimento correspondendo ao entendimento que os sujeitos estabelecem sobre algo no mundo¹¹. Por isso, tal processo pedagógico tem como ponto de partida o saber anterior dos indivíduos, acreditando que todos têm um conhecimento, a partir de suas experiências, vivências e de suas condições concretas de existência^{20,23}, podendo enriquecer-se com qualquer outra experiência²⁴. Ademais, reconhece a incompletude do saber profissional¹⁹.

Ressalta-se que, apesar do saber popular não estar embasado em teorias científicas, este deve ser considerado e reconhecido, a fim de valorizar a sua cultura, possibilitar a construção do conhecimento coletivo sobre a saúde comunitária²⁵⁻²⁶ e envolver os indivíduos nas ações, o que se contrapõe a sua imposição, já que com a participação comunitária é possível assegurar a sustentabilidade e a efetividade das ações de saúde^{2-3,27}.

As proposições de Habermas¹¹ (1989) para a promoção do agir comunicativo podem contribuir para incentivar a participação e o respeito recíproco entre os profissionais e os usuários. São elas: todo e qualquer sujeito capaz de agir e de falar pode participar do discurso; todo e qualquer participante pode problematizar qualquer afirmação, introduzir novas afirmações no discurso, exprimir suas necessidades, desejos e convicções; nenhum interlocutor pode ser impedido, por forças internas ou externas ao discurso, de fazer uso pleno de seus direitos.

Os educandos deixam de ser recipientes dóceis de depósitos, sendo agora investigadores críticos, em diálogo com o educador²¹. A educação em saúde deve associar-se a uma forma de despertar a criticidade do indivíduo, a sua capacidade de se perceber como sujeito na construção de seu processo histórico, de reagir às desigualdades sociais e de assumir uma postura de luta por aquilo que para ele é mais apropriado, tornando-se ator de práticas realmente libertadoras, comprometendo-se com a sua transformação^{15,28}.

Nessa perspectiva, a educação não deve ser compreendida como sinônimo de transmissão de conhecimento²⁹, já que a aprendizagem do conhecimento nunca está acabada²⁶, sendo objeto de crítica a educação como prática de dominação, já desde o período de divulgação das concepções freirianas²².

Em 1991, surgiu a proposta de criação de uma arti-

culação nacional entre os movimentos de educação popular em saúde, a qual foi aprofundada em 1996 e criada em 2003, denominada de Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação e Saúde (ANEPS)²⁸.

No entanto, apesar das discussões da necessidade de transformação da prática profissional voltada para o diálogo¹⁴, parece que elas não estão sendo revertidas para ações práticas^{15,30}, já que grande parte das atividades educativas está sustentada na transmissão de normas e regras comportamentais e não se preocupam em estabelecer vínculo com a comunidade^{1,3}.

Tal fato pode estar associado à abordagem social e crítica ser ainda bastante abstrata e sem mediação com a prática clínica concreta³¹, ao fato de os sistemas educacionais não acompanharem o mesmo ritmo desta transformação, já que tendem a privilegiar o acesso e a reprodução do conhecimento, em detrimento de outras formas de aprendizagem²⁴.

Há ainda o temor do educador de perder o poder ao se abrir para a relação com o educando pautada no diálogo, deixando de lado o objetivo de desenvolver um conhecimento crítico, em proveito do acúmulo de saberes²⁴.

O Ministério da Saúde tem proposto a Educação Permanente como uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde. Pode ser entendida como aprendizagem – trabalho, já que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando as experiências que as pessoas já têm, a fim de produzir mudanças tanto das práticas de saúde, quanto das ações de educação em saúde, utilizando o modelo dialógico de educação⁶.

Parte da concepção de que a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, deve ser construída de forma localregional e interinstitucional, envolvendo dirigentes, trabalhadores, estudantes e usuários⁶.

A população ocupa o espaço central na política de educação permanente, já que o seu objetivo final é contribuir com uma atenção à saúde de qualidade, estimulando o desenvolvimento do exercício da autonomia da população em relação à sua saúde, satisfazendo suas necessidades de saúde e de educação em saúde, exercendo conscientemente a participação popular e o controle social das políticas públicas para o setor⁶.

Conclusão

No campo da saúde, observou-se que as práticas educativas abordavam a doença e a intervenção curativista utilizando o Modelo Tradicional de Educação em que o educando é apenas o receptor do conhecimento. Mas, nas décadas de 1970 e 1980 sob a influência das idéias e concepções feirianas as práticas educativas no campo da saúde começaram a mudar no sentido de apontar novos rumos.

Esse novo modelo, oposto à concepção bancária de educação e pautado na educação problematizadora reconhece que o diálogo se faz necessário para o desenvolvimento do processo educativo que propõem o educando como o principal responsável por seu processo de formação.

No entanto, apesar dessa proposta contribuir na formação de cidadãos reflexivos e críticos, pôde-se observar que na prática a maioria das atividades educativas ainda está alicerçada na transmissão de normas e regras comportamentais.

Portanto, em consonância com o novo modelo de saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) torna-se imprescindível repensar em medidas que sensibilizem os profissionais de saúde a desenvolverem ações de educação em saúde de forma dialógica, que instiguem a participação dos usuários no controle e planejamento da saúde da comunidade.

Referências

1. Reis DC. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em saúde: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.
2. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1547-54.
3. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(16):39-52.
4. Santos AS. Educação em saúde: reflexão e aplicabilidade em atenção primária à saúde. *Online Braz J Nurs*. [periódico na Internet] 2006 [acesso 6 jan 2012];5(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/435/102>
5. Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(2):326-34.
6. Ministério da Saúde (BR). Diretoria de Programas de Educação em Saúde. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. Brasília (DF); 2007.
7. Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidade de Educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):254-62.
8. Moura RF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad Saúde Pública*. 2002;18(6):1809-11.
9. Wendhausen Á, Saube R. Concepções de educação em Ssaúde e a estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm*. 2003; 12(1):17-25.
10. Cestari ME. Agir comunicativo, educação e conhecimento: uma aproximação ao pensamento de Habermas. *Rev Bras Enferm*. 2002;55(4):430-3.
11. Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.
12. Bordenave JD, Pereira AM. *Estratégias ensino-aprendizagem*. 28.ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

13. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 46.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
14. Melo JAC. Educação sanitária: uma visão crítica. *Cad CEDES*. 1987;4:28-64.
15. Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2539-50.
16. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(1):319-25.
17. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):117-21.
18. Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):1453-62.
19. Leonello VM, Oliveira MAC. Competências para ação educativa da enfermeira. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(2):1-7.
20. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(1):117-21.
21. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC; 2001.
22. Freire P. *Educação e mudanças*. 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
23. Bagnato MHS, Missio L, Renovato RD, Bassinello GAH. Práticas educativas em saúde: da fundamentação à construção de uma disciplina curricular. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(3):651-6.
24. Delors J. *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. 6.ed. São Paulo: Cortez; Brasília (DF): MEC: UNESCO; 2001.
25. Laperrière H. Descobrimo a educação popular nas práticas profissionais de saúde comunitária. *Texto & Contexto Enferm*. 2007; 16(2):294-302.
26. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(2):263-70.
27. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(2):233-8.
28. Severo DO, Cunha AP, Ross MA. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(2):239-45
29. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(6):858-65.
30. Boesh AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidmann IBS, Grisoti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto & Contexto Enferm*. 2007;16(2):307-14.

Endereço para correspondência:

Luís Paulo Souza e Souza
Rua Doze, número 47 – Santo Antônio Dois
Montes Claros-MG, CEP 39402-285
Brasil

E-mail: luis.pauloss@hotmail.com

Recebido em 28 de setembro de 2012
Aceito em 30 de outubro de 2012

